

TESIS

**MODEL PENINGKATAN KEPATUHAN GAYA HIDUP SEHAT PADA
PASIEN HIPERTENSI BERBASIS *SOCIAL COGNITIVE THEORY*
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTA BIMA**



Oleh :

**NURUL KHUSNUL KHOTIMAH
NIM. 131614153079**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**MODEL PENINGKATAN KEPATUHAN GAYA HIDUP SEHAT PADA
PASIEN HIPERTENSI BERBASIS *SOCIAL COGNITIVE THEORY*
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTA BIMA**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Universitas Airlangga

Oleh:
Nurul Khusnul Khotimah
131614153079

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan benar

Nama : Nurul Khusnul Khotimah

NIM : 131614153079

TandaTangan :



Tanggal : 30 Juli 2018

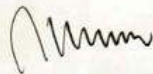
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

MODEL PENINGKATAN KEPATUHAN GAYA HIDUP SEHAT PADA
PASIHEN HIPERTENSI BERBASIS *SOCIAL COGNITIVE THEORY*
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTA BIMA

Oleh :
Nurul Khusnul Khotimah
NIM. 131614153079

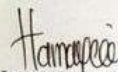
TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 26 Juli 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



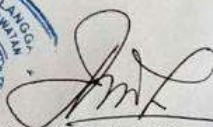
Dr. H. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

Pembimbing Kedua



Harmayetty, S.Kp., M.Kes
NIP. 197004102000122001

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Nurul Khusnul Khotimah
NIM : 131614153079
Program Studi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Judul : Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi Berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima

Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji
Program Studi Magister Keperawatan
Pada tanggal, 26 Juli 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 196701012000031002

(.....)

Anggota : 1. Dr. H. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291980313002

(.....)

2. Dr. Ir. Rr. Soenarnatalina, M.Kes
NIP. 196012251990032001

(.....)

3. Harmayetty, S.Kp., M.Kes
NIP. 197004102000122001

(.....)

4. Deni Yasmara, S.Kep.Ns., M.Kep., Sp., KMB
NIP. 198409282015041002

(.....)

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nurul Khusnul Khotimah
NIM : 131614153079
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Non eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atau karya ilmiah saya yang berjudul:

Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi Berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 30 Juli 2018



Nurul Khusnul Khotimah

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi Berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima”**. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus:

1. Responden di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima yang telah bersedia menjadi responden dengan penuh semangat sehingga pengambilan data dapat dilakukan sesuai target.
2. Prof. Dr. Nursalam M. Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan.
3. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes, selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan banyak bantuan dan mendukung peneliti dalam menyelesaikan tesis ini.
4. Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP), selaku lembaga yang memberikan bantuan dana pendidikan selama peneliti menyelesaikan pendidikan dan tesis ini.
5. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes, selaku pembimbing 1 yang telah memberikan motivasi, perhatian, bimbingan dan saran selama proses penyusunan tesis ini.
6. Harmayetty, S.Kp., M.Kes, selaku pembimbing 2 yang telah memberikan motivasi, perhatian, bimbingan dan saran selama proses penyusunan hasil tesis ini.

7. Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes; Dr. RR Soernatalina Melaniani, Ir. M.Kes; dan Ns. Deni Yasmara, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku tim panitia penguji tesis, yang telah memberi banyak ilmu, masukan, bimbingan dan petunjuk dalam pembuatan tesis ini.
8. Staf Puskesmas Penanae, Mpunda, Asakota, Rasanae Timur dan Paruga, petugas kesehatan dokter, perawat dan kader yang telah membantu peneliti dalam pengambilan data awal dan sudah memfasilitasi peneliti dalam pengambilan data.
9. Kedua orang tua dan keluarga yang selalu memberikan do'a dan dukungan sehingga hasil tesis ini bisa selesai sesuai target.
10. Suami Chairul Anshari dan Anak Muhammad Alsyazani Altaff yang selalu mendo'akan dan memberikan semangat untuk bisa menyelesaikan hasil tesis ini tepat waktu.
11. Teman- teman Magister Keperawatan angkatan 9 yang selalu membantu untuk menyelesaikan tesis ini tepat waktu
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas bantuan yang diberikan dalam penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna, masukan dan saran tetap diharapkan untuk perbaikan penelitian mendatang.

Surabaya, 2018

Penulis

RINGKASAN

**MODEL PENINGKATAN KEPATUHAN GAYA HIDUP SEHAT PADA
PASIEN HIPERTENSI BERBASIS *SOCIAL COGNITIVE THEORY*
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTA BIMA**

Oleh: Nurul Khusnul Khotimah

Sebagian besar pasien yang mengalami hipertensi ditemukan memiliki tingkat kepatuhan gaya hidup sehat yang tergolong rendah (Purwanto & Sari 2014). Ketidakpatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi menurut studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada pasien hipertensi Kota Bima penyebabnya adalah petugas kesehatan selama ini masih berfokus pada pengobatan dan kurang optimal memberikan penyuluhan terkait gaya hidup sehat dan lingkungan social yang selalu mempengaruhi klien untuk hidup tidak sehat. Pasien hipertensi yang tidak patuh terhadap gaya hidup sehat justru akan memperparah hipertensi itu sendiri karena tekanan darah tidak dikontrol.

Teori *social cognitive theory* merupakan teori yang sesuai untuk menjelaskan proses perubahan perilaku gaya hidup tidak sehat pada pasien hipertensi yang berkaitan dengan masalah social. Menurut teori ini bahwa perilaku itu dipengaruhi oleh 3 komponen yaitu faktor personal, faktor lingkungan dan perilaku itu sendiri. Penelitian tentang perubahan perilaku berbasis *social cognitive theory* sudah banyak yang meneliti pada berbagai populasi antara lain pada anak-anak (Tavares, Plotnikoff, & Loucaides 2009); pada orang dewasa (Taylor, et al. 2016); dan pada usia manula (Borhaninejad, et al. 2017); serta pada berbagai penyakit diantaranya pada pasien dengan diabetes melitus (Heiss & Petosa 2016); pada penderita obesitas (Annesi & Tennant 2013); pasien kanker (Stacey, et al. 2016) dan hipertensi (Hu, Li, & Arao 2015).

Tujuan dalam penelitian ini adalah menjelaskan model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi berbasis *social cognitive theory* di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif non eksperimen. Jenis pendekatan analisis deskriptif dengan penelitian *explanatory research* dan menggunakan metode survey. Pada penelitian ini menggunakan *probability sampling*, yaitu *sample random sampling*. Responden dipilih secara acak berdasarkan pasien yang nomor ganjil pada setiap pasien hipertensi yang berkunjung. Sampel yang diperlukan untuk masing-masing Puskesmas yang dihitung dengan menggunakan alokasi proporsional. Besar sampel sebanyak 239 meliputi Puskesmas Paruga sebanyak 86 responden, Puskesmas Mpunda 61 responden, Puskesmas Rasanae Timur 32 responden, Puskesmas Penanae 8 responden dan Puskesmas Asakota 52 responden. Variabel dalam penelitian ini adalah perilaku terdiri kepatuhan gaya hidup sehat, kemudian karakteristik individu pasien terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, sosio ekonomi, IMT, motivasi dan persepsi terhadap penyakit.

Faktor personal terdiri dari self efikasi dan self regulasi, faktor lingkungan terdiri dari dukungan teman, dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan. Teknik analisis yang digunakan adalah model persamaan struktural berbasis *variance* atau *component based* yang disebut PLS (*Partial Least Square*).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki tingkat kepatuhan gaya hidup kategori kurang patuh, usia berada pada 46-55 tahun, jenis kelamin perempuan, berlatar pendidikan menengah, pendapatan < 1.800.000, IMT sangat gemuk, motivasi kategori sedang, persepsi kategori positif, pekerjaan IRT, tidak memiliki riwayat hipertensi, jumlah anak kategori banyak, dukungan keluarga, teman dan petugas kesehatan kategori sedang. Hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa ada hubungan antara karakteristik individu dengan faktor personal dengan nilai T-statistika 12.635 ($T > 1.96$), tidak ada hubungan karakteristik dengan kepatuhan gaya hidup sehat dengan nilai T-statistika 0.107 ($T > .96$), ada hubungan antara faktor personal dengan kepatuhan gaya hidup sehat dengan nilai T-statistika 3.624 ($T > .96$), ada hubungan antara faktor lingkungan dengan faktor personal dengan nilai T-statistika 2.787 ($T > .96$) dan ada hubungan antara faktor lingkungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat dengan nilai T-statistika 4.945 ($T > .96$).

EXECUTIVE SUMMARY

A MODEL FOR IMPROVING THE HEALTHY LIFE STYLE ON HYPERTENSION PATIENTS BASED ON SOCIAL COGNITIVE THEORY IN WORKING AREA OF PUSKESMAS KOTA BIMA

By: Nurul Khusnul Khotimah

Most of the patients with hypertension were found to have low levels of healthy lifestyle compliance (Purwanto & Sari 2014). Non-compliance of healthy lifestyles in hypertensive patients according to preliminary studies conducted by researchers in patients with hypertension Kota Bima cause is health workers are still focused on treatment and never give counseling related to healthy lifestyle and social environment that always affect the client to live unhealthy. Hypertensive patients who do not adhere to a healthy lifestyle will actually exacerbate hypertension itself because blood pressure is not controlled.

The theory of social cognitive theory is an appropriate theory to explain the process of changing unhealthy lifestyle behavior in hypertensive patients related to social problems. According to this theory that behavior is influenced by 3 components of personal factors, environmental factors and behavior itself. Research on behavioral changes based on social cognitive theory has been widely investigated in various populations, among others in children (Tavares, Plotnikoff, & Loucaides 2009); in adults (Taylor, et al., 2016); and in the elderly (Borhaninejad, et al., 2017); as well as in various diseases such as in patients with diabetes mellitus (Heiss & Petosa 2016); in obese people (Annesi & Tennant 2013); cancer patients (Stacey, et al., 2016) and hypertension (Hu, Li, & Arao 2015).

The purpose of this research is to explain the model of improvement of healthy lifestyle compliance in hypertension patients based on social cognitive theory in the work area of Puskesmas Kota Bima. This research uses non experimental quantitative method. This type of descriptive analysis approach with explanatory research research and using survey method. In this research use probability sampling, that is sample random sampling. Respondents were randomly selected based on odd number patients in each visiting hypertensive patient. The sample required for each Puskesmas is calculated using proportional allocation. The sample size is 239 including Puskesmas Paruga counted 86 respondent, Puskesmas Mpunda 61 respondent, Puskesmas Rasanae Timur 32 respondent, Puskesmas Penanae 8 respondent and Puskesmas Asakota 52 respondent. The variable in this research is the behavior consist of healthy lifestyle compliance, then individual patient characteristics consist of age, gender, education, socioeconomic, BMI, motivation and perception of disease. Personal factors consist of self-efficacy and self-regulation, environmental factors comprised of peer support, family support and support of

health workers. The analysis technique used is a variance based or component based structural equation model called PLS (Partial Least Square).

The results of the study showed that the majority of patients had adherence compliance rates, age group was 46-55 years old, female gender, middle education background, income <1.800.000, BMI was fat, medium category motivation, positive category perception, IRT work, no history of hypertension, high number of children, family support, friends and health workers in moderate categories. The result of hypothesis test shows that there is correlation between individual characteristic and personal factor with T-statistic value 12.635 ($T > 1.96$), there is no characteristic relationship with healthy lifestyle compliance with T-statistic value 0.107 ($T > .96$) personal factors with healthy lifestyle compliance with T-statistical value of 3,624 ($T > .96$), there is a relationship between environmental factors with personal factors and the T7877 ($T > .96$) T-statistics score and there is a relationship between environmental factors and healthy lifestyle compliance with T-statistics 4,945 ($T > .96$).

ABSTRAK

**MODEL PENINGKATAN KEPATUHAN GAYA HIDUP SEHAT PADA
PASIENT HIPERTENSI BERBASIS *SOCIAL COGNITIVE THEORY*
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTA BIMA**

Oleh: Nurul Khusnul Khotimah

Pendahuluan: Pasien hipertensi sebagian besar memiliki kepatuhan gaya hidup yang tidak sehat sebesar 72%. Kepatuhan gaya hidup tidak sehat pada pasien hipertensi diukur dari pola makan, aktifitas fisik dan kebiasaan merokok. Tidak patuhnya pasien hipertensi pada gaya hidup sehat disebabkan oleh kurangnya dukungan social, petugas kesehatan, keluarga serta factor yang ada dari dalam diri pasien tersebut. *Social cognitive teory* dapat menjelaskan faktor-faktor ketidak patuhan pada pasien hipertensi dalam menerapkan gaya hidup sehat, yang nantinya dapat dihasilkan suatu model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat. **Metode:** Jenis penelitian kuantitatif non eksperimen. Jenis pendekatan yang peneliti gunakan adalah jenis pendekatan analisis deskriptif dengan penelitian *explanatory research* dan menggunakan metode survey. Besar sampel sebanyak 239. Teknik analisis yang digunakan adalah model persamaan struktural berbasis *variance* atau *component based* yang disebut PLS (*Partial Least Square*). **Hasil:** Untuk menilai hubungan antar variabel digunakan hasil uji nilai T-statistika yang harus > 1.96 dengan hasil menunjukan bahwa ada hubungan antara karakteristik individu dengan faktor personal dengan nilai T-statistika 12.635 ($T > 1.96$), tidak ada hubungan karakteristik dengan kepatuhan gaya hidup sehat dengan nilai T-statistika 0.107 ($T > .96$), ada hubungan antara faktor personal dengan kepatuhan gaya hidup sehat dengan nilai T-statistika 3.624 ($T > .96$), ada hubungan antara faktor lingkungan dengan faktor personal dengan nilai T-statistika 2.787 ($T > .96$) dan ada hubungan antara faktor lingkungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat dengan nilai T-statistika 4.945 ($T > .96$). **Analisis dan Diskusi:** Peningkatan kepatuhan perilaku gaya hidup dapat dilakukan melalui penguatan faktor lingkungan, faktor personal dan karakteristik individu.

Kata Kunci : Hipertensi, *social cognitive theory*, Karakteristik individu

ABSTRACT

A MODEL FOR IMPROVING THE HEALTHY LIFE STYLE ON HYPERTENSION PATIENTS BASED ON SOCIAL COGNITIVE THEORY IN WORKING AREA OF PUSKESMAS KOTA BIMA

By: Nurul Khusnul Khotimah

Introduction: Patients with hypertension mostly have an unhealthy lifestyle adherence of 72%. Unhealthy lifestyle compliance in hypertensive patients was measured by diet, physical activity and smoking habits. Non-compliance of hypertensive patients to a healthy lifestyle is caused by a lack of social support, health care workers, family and existing factors from within the patient. Social cognitive theory can explain the factors of non-compliance in hypertensive patients in applying a healthy lifestyle, which later can be produced a model of improving adherence to a healthy lifestyle. **Method:** This study was non experimental quantitative research with desain approach descriptive analysis with explanatory research research and using survey methods. The sample size is 239. The analysis technique used is a variance based or component based structural equation model called PLS (Partial Least Square). **Result:** In order to evaluate the relationship between variables, the result of T-statistical test result that must be > 1.96 with the result show that there is a correlation between individual characteristic with personal factor and T-statistics value of 12.635 ($T > 1.96$), no characteristic relationship with lifestyle compliance healthy with the value of T-statistics 0.107 ($T > 1.96$), there is a relationship between personal factors with healthy lifestyle compliance with the value of T-statistics 3,624 ($T > 1.96$), there is a relationship between environmental factors with personal factors with the value of T-statistics 2.787 ($T > .96$) and there is a relationship between environmental factors with healthy lifestyle compliance with the value of T-statistics 4,945 ($T > 1.96$). **Analysis and Discussion:** Increasing compliance with lifestyle behaviors can be done through the enactment of environmental factors, personal factors and individu characteristics.

Keywords: Hypertension, social cognitive theory, Individual characteristics

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Prasyarat Gelar Magister	ii
Halaman Pernyataan Orisinalitas	iii
Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis	iv
Lembar Pengesahan Tesis	v
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi	vi
Kata Pengantar	vii
Ringkasan	x
Abstrak	xiv
Daftar Isi	xvi
Daftar Tabel	xix
Daftar Gambar	xvii
Daftar Lampiran	xviii
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	7
1.3 Rumusan Penelitian	8
1.4 Tujuan Penelitian	9
1.5 Manfaat penelitian	10
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	 11
2.1 Konsep Hipertensi.....	11
2.1.1 Pengertian hipertensi.....	11
2.1.2 Jenis-jenis hipertensi	11
2.1.3 Etiologi hipertensi	12
2.1.4 Patofisiologi hipertensi	15
2.1.5 Klasifikasi hipertensi	16
2.1.6 Tanda dan gejala hipertensi	19
2.1.7 Komplikasi hipertensi	20
2.1.8 Penatalaksanaan hipertensi	21
2.2 Konsep Kepatuhan.....	22
2.2.1 Pengertian kepatuhan	22
2.2.2 Faktor-faktor kepatuhan	23
2.2.3 Faktor yang mendukung kepatuhan	24
2.2.4 Cara meningkatkan kepatuhan	25
2.2.5 Kepatuhan pada klien hipertensi	25
2.3 Teori Perilaku	26
2.3.1 Teori sosial kognitif	26
2.3.2 Teori <i>Health promotion model</i>	41

2.4 Konsep Gaya Hidup Sehat	46
2.4.1 Pengertian gaya hidup sehat	46
2.4.2 Indikator gaya hidup sehat	47
2.5 Kebaruan Penelitian	50
2.6 <i>Theoretical Mapping</i>	52
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	60
3.1 Kerangka Konseptual	60
3.2 Hipotesis	62
BAB 4 METODE PENELITIAN	63
4.1 Desain Penelitian	63
4.2 Populasi dan Sampel	63
4.2.1 Populasi	63
4.2.2 Sampel	63
4.2.3 Teknik sampling	65
4.3 Kerangka Kerja Penelitian	66
4.4 Identifikasi Variabel	67
4.5 Definisi Operasional	68
4.6 Instrumen Penelitian	71
4.7 Uji validitas dan Reliabilitas	72
4.8 Lokasi dan waktu Pengambilan Data	74
4.9 Prosedur pengambilan dan pengumpulan data	75
4.10 Analisa Data	76
4.11 Etik Penelitian	77
BAB 5 HASIL PENELITIAN	79
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	79
5.2 Hasil Penelitian	80
5.3 Hasil Uji PLS	99
BAB 6 PEMBAHASAN	112
6.1 Hasil Nilai antara Karakteristik Individu dengan self efikasi pada Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pasien Hipertensi	112
6.2 Hasil Nilai antara Karakteristik Individu dengan self regulasi pada Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pasien Hipertensi	122
6.3 Hasil Nilai antara Karakteristik Individu dengan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi	128
6.4 Hasil Nilai antara Faktor Lingkungan dengan Faktor personal pada Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pasien Hipertensi.	136
6.5 Hasil Nilai antara Faktor Lingkungan dengan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi.	137

6.6 Hasil Nilai antara Hubungan Faktor Personal dengan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pasien Hipertensi	139
6.7 Keterbatasan Penelitian.....	139
 BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	140
7.3 Kesimpulan.	140
7.4 Saran.	141
 DAFTAR PUSTAKA	142

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi tekanan darah pada usia dewasa (> 18 – 64 tahun) berdasarkan AHA (American Heart Association) 2017	16
Tabel 2.2	Theoretical mapping/ riset pendukung tentang model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat dengan model berbasis sosial kognitif ..	52
Tabel 4.1	Proporsi sampel di Lima Puskesmas penelitian peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi dengan pendekatan model berbasis teori sosial kognitif di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima	65
Tabel 4.2	Variabel penelitian peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien Hipertensi dengan Pendekatan Model Berbasis Teori SCT (Social Cognitif Theory) pada Pasien Hipertensi	67
Tabel 4.3	Definisi operasional peningkatan kepatuhan dengan pendekatan model berbasis SCT (Social Cognitif Theory) pada Pasien Hipertensi	68
Tabel 5.1	Nilai hasil observasi tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi	80
Tabel 5.2	Nilai hasil observasi usia pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	81
Tabel 5.3	Nilai hasil observasi jenis kelamin pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	82
Tabel 5.4	Nilai hasil observasi pendidikan pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	82
Tabel 5.5	Nilai hasil observasi socio ekonomi pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	83
Tabel 5.6	Nilai hasil observasi IMT pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	83
Tabel 5.7	Nilai hasil observasi motivasi diri pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	84

Tabel 5.8	Nilai hasil observasi persepsi pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	84
Tabel 5.9	Nilai hasil observasi pekerjaan pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	85
Tabel 5.10	Nilai hasil observasi riwayat penyakit pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	85
Tabel 5.11	Nilai hasil observasi jumlah anak pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	86
Tabel 5.12	Nilai hasil observasi dukungan keluarga pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	86
Tabel 5.13	Nilai hasil observasi dukungan teman pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	87
Tabel 5.14	Nilai hasil observasi dukungan petugas kesehatan pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	87
Tabel 5.15	Nilai hasil observasi self efikasi pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	88
Tabel 5.16	Nilai hasil observasi self regulasi pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	89
Tabel 5.17	Observasi nilai hasil antara karakteristik individu dengan self efikasi pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi....	90
Tabel 5.18	Observasi nilai hasil antara karakteristik individu dengan self regulasi pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi..	92
Tabel 5.19	Observasi nilai hasil antara karakteristik individu dengan tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	94
Tabel 5.20	Observasi nilai hasil antara factor lingkungan dengan self efikasi pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	96
Tabel 5.21	Observasi nilai hasil antara factor lingkungan dengan self regulasi pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	97

Tabel 5.22	Observasi nilai hasil antara factor lingkungan dengan self tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	98
Tabel 5.23	Observasi nilai hasil antara factor personal dengan self tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	99
Tabel 5.24	Nilai hasil uji <i>outer loading</i> tahap I pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	102
Tabel 5.25	Nilai hasil <i>outer loading</i> tahap II pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	104
Tabel 5.26	Nilai hasil uji reliabilitas pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	105
Tabel 5.27	Nilai hasil uji korelasi pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	107

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Teori yang berpengaruh terhadap perilaku pasien menurut <i>sosial cognitive theory</i> (Bandura, 2004)	26
Gambar 3.1	Kerangka konseptual model peningkatan kepatuhan pasien berbasis teori sosial kognitif pada pasien hipertensi	60
Gambar 4.1	Kerangka operasional pengembangan model peningkatan kepatuhan berbasis sct (social cognitive theory) pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Bima	66
Gambar 5.1	Hasil uji <i>outer loading</i> tahap 1 pada model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	101
Gambar 5.2	Hasil uji <i>outer loading</i> tahap 2 pada model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	103
Gambar 5.3	Hasil uji hipotesis pada model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	106
Gambar 5.4	Bentuk model pada tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi	110

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian	148
Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden	149
Lampiran 3 <i>Informed concent</i>	151
Lampiran 4 Kuesioner Penelitian	152
Lampiran 5 Bukti Perizinan Kuesioner Penelitian	160
Lampiran 6 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	156
Lampiran 7 Hasil Tabel Frekuensi dan Tabulasi Silang.....	173
Lampiran 8 Hasil Uji Homogenitas	183
Lampiran 9 Hasil Uji PLS	192
Lampiran 10 Surat Perizinan Uji Validitas dan Reliabilitas	197
Lampiran 11 Surat Penelitian	199
Lampiran 12 Surat Selesai Pengambilan Data	200
Lampiran 13 Surat Etik	206

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sebagian besar pasien yang mengalami hipertensi ditemukan memiliki tingkat kepatuhan gaya hidup sehat yang tergolong rendah (Purwanto & Sari 2014). Hasil penelitian Nalepa et al. (2014) dilaporkan perilaku kebiasaan makan pasien hipertensi sebanyak 83% mengonsumsi *white bread*, konsumsi sayuran dan buah hanya 27%, konsumsi makanan rendah lemak 25%, konsumsi garam 74%, dan konsumsi yang manis 63%. Hasil penelian Nalepa et al. (2014) menunjukkan bahwa kepatuhan diet pada pasien hipertensi masih tergolong rendah. Penelitian di Nigeria dilaporkan angka ketidakpatuhan pada gaya hidup sehat pada pasien hipertensi yang lebih besar yaitu 74,4% (Kayode, Shalomm, & Jokotade 2012). Penelitian gaya hidup pasien hipertensi di Indonesia didapatkan gaya hidup sehat 0%, gaya hidup kurang sehat 28% dan tidak sehat 72%. Pasien yang gaya hidup kurang sehat memiliki tekanan darah 24% stage I dan 4% stage II serta kategori gaya hidup tidak sehat 17% stage I, 24% stage II dan 31% stage III. Gaya hidup yang dimaksud pada penelitian ini dinilai dari kebiasaan merokok, konsumsi garam, stress, aktifitas fisik, kebiasaan makan makanan cepat saji dan konsumsi alkohol (Triwibowo 2010).

Tidak patuhnya pasien hipertensi terhadap gaya hidup sehat mengakibatkan tidak terkontrolnya tekanan darah. Tekanan darah sistolik dan diastolik harus selalu

dikontrol agar tetap dalam batas normal karena komplikasi hipertensi akan terjadi apabila tekanan darah tidak dikendalikan. Dikatakan hipertensi apabila tekanan sistol melebihi 140 mmHg atau diastol 90 mmHg (Price & Wilson 2006). Kebanyakan diagnosis hipertensi terjadi pada umur diantara dekade ketiga dan dekade kelima sampai dengan umur 55 tahun (Hajjar & Kotchen 2003). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (depkes RI) (2017) menjelaskan hipertensi banyak terjadi pada umur 35-44 tahun (6,3%), umur 45-54 tahun (11,9%) dan umur 55-64 tahun (17,2%).

Mekanisme hipertensi terjadi karena adanya kerusakan endotel pembuluh darah yang mengakibatkan *reactive oxygen spesies* (ROS) menghasilkan enzim yang meningkatkan oksidatif stress. Hal ini menyebabkan *proliferation migration*, apoptosis, inflamasi dan koagulasi sehingga menyebabkan hipertensi. Tekanan darah tinggi dalam jangka waktu lama apabila tidak ditangani akan memperparah kerusakan endotel arteri dan mempercepat *atherosclerosis*. Komplikasi dari hipertensi termasuk rusaknya organ tubuh seperti jantung, mata, ginjal, otak, dan pembuluh darah besar (Schulz, Gori, & Münzel 2011).

Penelitian yang dilakukan Chobanian et al. (2003) mengungkapkan bahwa penyakit hipertensi yang tidak dikontrol menyebabkan peluang 7x lebih besar terkena stroke, 6x lebih besar terkena *congestive heart failure* dan 3x lebih besar terkena serangan jantung. Hipertensi merupakan penyakit yang dapat dialami oleh siapa saja dari berbagai kelompok umur dan kelompok social ekonomi (Arifin 2016).

Hampir seluruh penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial (90%), hanya 5-10% hipertensi sekunder dan hanya 50% secara klinis dapat dibuktikan (Kemenkes RI 2014). Indonesia menjadi salah satu penyumbang angka hipertensi tertinggi nomor 4 di dunia setelah China, India dan Rusia berdasarkan data dari tahun 1990-2015 (Forouzanfar, et al. 2017). Data survei indikator kesehatan Nasional 2016 menunjukkan prevalensi hipertensi di Indonesia meningkat dari 25,8% menjadi 34,4% pada usia lebih dari 18 tahun dengan tekanan sistolik lebih dari 130 mmHg.

Data Dinas Kesehatan Propinsi NTB yang diambil dari profil kesehatan NTB (2016) pada usia lebih dari 18 tahun bahwa hipertensi menduduki posisi ke 3 penyakit terbanyak di Puskesmas sebanyak 148,959 penderita. Data dari Dinas Kesehatan Kota Bima dilaporkan penderita hipertensi di Puskesmas Kota Bima tahun 2016 sebanyak 6502 dan tahun 2017 menjadi 7552, hal ini membuktikan kecenderungan meningkatnya jumlah penderita hipertensi di Kota Bima.

Data ketidakpatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di Kota Bima belum tersedia, tetapi perilaku gaya hidup secara umum tingkat propinsi NTB sudah ada hasil penelitiannya. Berdasarkan data Riskesdas 2013 melaporkan bahwa masyarakat NTB tergolong kurang aktif sebesar 34,0% urutan ke 3 terbanyak di Indonesia, kebiasaan merokok tiap harinya sebanyak 26,8% urutan ke 8 dan tingkat konsumsi garam meningkat dari 24,5% menjadi 26,2% dari tahun 2007-2013.

Kebiasaan gaya hidup masyarakat Bima erat kaitannya dengan keadaan sosial. Berdasarkan data yang didapat dari Dinas Sosial Kota Bima dimana masyarakat Bima sebagian besar berprofesi sebagai nelayan, petani dan peternak. Wilayah Kota Bima

dikelilingi oleh lautan sehingga banyak masyarakat yang berprofesi sebagai nelayan dan petani garam, hal ini berdampak pada kebiasaan pola makan masyarakat Bima yang terbiasa mengkonsumsi garam dan ikan laut, bahkan masyarakat Bima memiliki kebiasaan mengkeringkan ikan menggunakan garam serta mengawetkan makanan menggunakan garam. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ariyanto dkk (2006) bahwa konsumsi garam dan ikan laut memiliki hubungan terhadap kejadian hipertensi.

Berdasarkan wawancara dengan salah satu perawat yang bekerja di Puskesmas Rasanae yang ada di Kota Bima mengatakan bahwa masyarakat kota Bima yang mengalami hipertensi memiliki gaya hidup yang tidak baik karena ketika salah satu keluarga mengetahui bahwa anggota keluarganya mengalami hipertensi mereka tetap saja memberikan makanan yang dilarang dikonsumsi oleh penderita hipertensi seperti ikan laut, sambal dan sayur dengan takaran garam yang tidak terukur hal ini terjadi karena kebiasaan makan pada anggota keluarga yang gemar asin dan terbiasa mengkonsumsi ikan laut. Tidak hanya dari pola makan tetapi kebiasaan aktifitas oleh keluarga selalu diperlakukan sama dengan penyakit lainnya seperti untuk berpegian baik itu jarak dekat selalu diantar menggunakan motor dan selalu dianjurkan untuk beristirahat. Ketika penderita hipertensi ke sebuah undangan, para tetangga atau teman-temannya selalu mengajak makan bersama dimana menu yang disediakan adalah daging atau ikan laut dan ketika melihat teman-teman makan makanan berlemak maka klien akan ikut makan makanan tersebut.

Intervensi yang dilakukan oleh pihak Puskesmas masih sebatas pemberian obat dan pengukuran tekanan darah. Pemberian pendidikan kesehatan atau edukasi belum dilakukan hal ini karena jumlah pasien yang banyak dan petugas kesehatan yang terbatas sehingga dalam pemeriksaan harus sesegera mungkin, apabila terlambat maka banyak dari masyarakat yang mengeluh.

Penatalaksanaan hipertensi saat ini masih berfokus pada farmakologi. Tindakan farmakologi dengan pemberian obat anti hipertensi efektif dapat menurunkan tekanan darah tetapi hasil penelitian lainnya dilaporkan sebanyak 36% yang mengkonsumsi captopril dan 45% pasien yang mengkonsumsi obat amlodipine mengalami bengkak pada kaki, pusing, mual lemas dan gangguan pada lambung (Kristanti 2015). Tindakan non farmakologi modifikasi gaya hidup sudah terbukti berhasil dapat menurunkan tekanan darah dan meminimalkan komplikasi akibat hipertensi serta tidak memiliki efek samping. Hasil penelitian melaporkan bahwa pola makan yang sehat (rendah garam) dapat menurunkan 3 mmHg tekanan sistol, menurunkan resiko 8% kematian akibat stroke dan 5% akibat kerusakan pembuluh darah (Appel, et al. 2006). Konsumsi buah dan sayuran menurunkan 5 mmHg untuk sistol, mengurangi konsumsi alkohol kurang dari 2 gelas perhari 3,3 mmHg sistolik (M.Hedge & Scott D. Solomon 2015) dan rutin melakukan aktifitas fisik menurunkan 5-7 mmHg sistol (Primatesta, et al. 2001). Perilaku kepatuhan gaya hidup sehat sangat diperlukan agar pasien hipertensi menerapkan gaya hidup sehat sehingga tekanan darah dapat dikontrol dan komplikasi tidak terjadi.

Betty Neuman (1924) dalam Alligood (2014) mengatakan bahwa permasalahan kesehatan individu merupakan suatu *system* yang terdiri dari kesehatan, stressor, reaksi, pertahanan dan intervensi, dimana suatu *system* ini bekerja dengan ruang lingkup klien, kelompok, atau bahkan sejumlah kelompok yang merupakan isu sosial yang berkembang pada saat itu juga. Suatu *system* klien yang melibatkan proses interaksi dengan lingkungannya merupakan ruang lingkup keperawatan. Leininger (1925-2012) dalam Alligood (2014) manusia tidak dapat dipisahkan dari latar belakang budaya dan struktur sosial serta konteks lingkungan dan menurut Ervin (2002) mengemukakan bahwa konsep praktek keperawatan diatarannya adalah upaya pencegahan. Upaya pencegahan penyakit dimasyarakat terdiri dari 3 yaitu primer, sekunder dan tersier. Upaya pencegahan yang dilakukan untuk pencegahan sekunder adalah melakukan skrining terhadap kelompok resiko (Allender, et al. 2010).

Penelitian ini menggunakan *social cognitive theory* (SCT) merupakan teori dari Bandura yang mulai dikembangkan pada tahun 2004 dibidang kesehatan. SCT merupakan kerangka konsep yang komprehensif untuk memahami dan memprediksi suatu perilaku kesehatan yang berkaitan dengan sosial (Ahn, et al. 2017).

Penelitian tentang perubahan perilaku berbasis *social cognitive theory* sudah banyak yang meneliti pada berbagai populasi antara lain pada anak-anak (Tavares, Plotnikoff, & Loucaides 2009); pada orang dewasa (Taylor, et al. 2016); dan pada usia manula (Borhaninejad, et al. 2017); serta pada berbagai penyakit diantaranya pada pasien dengan diabetes melitus (Heiss & Petosa 2016); pada penderita obesitas

(Annesi & Tennant 2013); pasien kanker (Stacey, et al. 2016) dan hipertensi (Hu, Li, & Arao 2015). Hasil penelitian yang didapatkan dengan menggunakan *social cognitive theory* yaitu dapat menjelaskan proses perubahan perilaku seperti peningkatan kebiasaan olahraga (Heiss & Petosa 2016) dan dalam menjelaskan penyebab seperti penyebab konsumsi garam tinggi (Ahn, et al. 2017) sehingga diasumsikan bahwa *social cognitive teory* dapat menjelaskan faktor-faktor ketidak patuhan pada pasien hipertensi dalam melakukan pola makan yang sehat, aktifitas teratur dan merokok yang nantinya dapat dihasilkan suatu model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat. Terdapat 3 komponen utama dari konsep SCT ini yang dapat menjelaskan ketidak patuhan pada penderita hipertensi dalam melakukan gaya hidup sehat yaitu faktor lingkungan, faktor personal dan perilaku yang dirasa sebagai penghambat dalam melakukan gaya hidup sehat. Penelitian pada pasien hipertensi tentang peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat dengan pendekatan model berbasis *sosial cognitive theory* belum ada yang meneliti sehingga peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat dengan pendekatan model berbasis *social cognitive theory* belum dapat dijelaskan.

1.2 Identifikasi Masalah

Penatalaksanaan hipertensi saat ini masih berfokus pada farmakologi. Tindakan farmakologi dengan pemberian obat anti hipertensi efektif dapat menurunkan tekanan darah tetapi hasil penelitian lainnya dilaporkan sebanyak 36% yang mengkonsumsi captropil dan 45% pasien yang mengkonsumsi obat amlodipine

mengalami bengkak pada kaki, pusing, mual lemas dan gangguan pada lambung (Kristanti 2015). Tindakan non farmakologi modifikasi gaya hidup sudah terbukti berhasil dapat menurunkan tekanan darah dan meminimalkan komplikasi akibat hipertensi serta tidak memiliki efek samping. Hasil penelitian melaporkan bahwa pola makan yang sehat (rendah garam) dapat menurunkan 3 mmHg tekanan sistol, menurunkan resiko 8% kematian akibat stroke dan 5% akibat kerusakan pembuluh darah (Appel, et al. 2006). Konsumsi buah dan sayuran menurunkan 5 mmHg untuk sistol, mengurangi konsumsi alkohol kurang dari 2 gelas perhari 3,3 mmHg sistolik (M.Hedge & Scott D. Solomon 2015) dan rutin melakukan aktifitas fisik menurunkan 5-7 mmHg sistol (Primatesta, et al. 2001). Perilaku kepatuhan gaya hidup sehat sangat diperlukan agar pasien hipertensi menerapkan gaya hidup sehat sehingga tekanan darah dapat dikontrol dan komplikasi tidak terjadi sehingga *social cognitive theory* adalah teori yang sesuai untuk menjelaskan perilaku kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Bima.

1.3 Rumusan Penelitian

Bagaimana penjelasan model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi berbasis *social cognitive theory* di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menjelaskan model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi berbasis *social cognitive theory* di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.

1.4.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:.

1. Menjelaskan hubungan karakteristik individu dengan faktor personal pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.
2. Menjelaskan hubungan karakteristik dengan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.
3. Menjelaskan hubungan faktor lingkungan dengan faktor personal pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.
4. Menjelaskan hubungan faktor lingkungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.
5. Menjelaskan hubungan faktor personal dengan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai acuan dalam membuat intervensi terutama pada pasien hipertensi.

1.5.2 Manfaat praktisi

Penelitian ini dapat digunakan oleh pihak Puskesmas sebagai acuan dalam memberikan intervensi untuk meningkatkan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi.

1.5.3 Manfaat peneliti

Penelitian ini dapat menambah ilmu khususnya dibidang perilaku gaya hidup sehat pada pasien hipertensi, menambah pengalaman dan pemahaman tentang masalah kesehatan yang sebenarnya terjadi khususnya perilaku gaya hidup pada masyarakat yang hipertensi di Kota Bima.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Pengertian hipertensi

Menurut (American Heart Association 2017) tekanan darah tinggi (HBP atau hipertensi) adalah kekuatan darah yang mengalir melalui pembuluh darah secara konsisten terlalu tinggi. Hampir setengah dari orang dewasa Amerika memiliki tekanan darah tinggi dan banyak dari mereka tidak mengetahui mengalami tekanan darah tinggi).

Menurut (James, et al. 2014 dalam *Joint National Committee 8*) hipertensi didefinisikan sebagai tingkat sistolik BP tingkat ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. *Joint National Committee 8* mendefinisikan BP (*blood pressure*) normal sebagai BP sistolik < 120 mmHg dan diastolik BP < 80 mmHg. Tekanan sistolik 120-139 mmHg dan tekanan diastolik 80-89 mmHg didefinisikan sebagai prehipertensi.

2.1.2 Jenis-jenis hipertensi

Jenis-jenis hipertensi menurut *Asosiasi Heart Amerika* (2017) dibagi berdasarkan penyebab yaitu:

1. Hipertensi primer (esensial) adalah suatu peningkatan persisten tekanan arteri yang dihasilkan oleh ketidakaturan mekanisme kontrol homeostatik normal.

2. Hipertensi sekunder adalah hipertensi persisten akibat kelainan dasar kedua selain hipertensi esensial. Hipertensi ini penyebabnya diketahui dan ini menyangkut + 10% dari kasus-kasus hipertensi.

Berdasarkan bentuk hipertensi yaitu hipertensi diastolik, sistolik dan campuran.

1. Hipertensi diastolik (*diastolic hypertension*) yaitu peningkatan tekanan diastolik tanpa diikuti peningkatan tekanan sistolik. Paling sering ditemukan pada anak-anak dan dewasa muda.
2. Hipertensi campuran (sistol dan diastol yang meninggi) yaitu peningkatan tekanan darah pada sistol dan diastol.
3. Hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*) yaitu peningkatan tekanan sistolik tanpa diikuti peningkatan tekanan diastolik. Paling umum ditemukan pada usia lanjut.

2.1.3 Etiologi hipertensi

Penyebab terjadinya hipertensi menurut *Asosiasi Heart Amerika* (2017) ada 2 yaitu faktor hereditas dan gaya hidup yang tidak sehat. Menurut Sigarlaki H (2006) bahwa jenis kelamin, usia, IMT, ras, riwayat penyakit, jumlah anak, pekerjaan, pendidikan, sosio ekonomi merupakan karakteristik individu yang memiliki hubungan dengan penyebab hipertensi.

1. Faktor hereditas

Adapun pembahasan hipertensi akibat faktor hereditas antara lain sebagai berikut:

1) Riwayat penyakit keluarga

Jika orang tua atau keluarga dekat memiliki tekanan darah tinggi, ada kemungkinan besar anggota keluarga lain mengalami hipertensi.

2) Usia

Semakin tua atau semakin bertambah usia, semakin besar kemungkinan terkena tekanan darah tinggi. Hal ini dapat terjadi karena pembuluh darah secara bertahap kehilangan sebagian dari kualitas elastisitas yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah.

3) Jenis kelamin

Sampai usia 45, pria lebih cenderung mendapat tekanan darah tinggi dibanding wanita. Dari usia 45 sampai 64, pria dan wanita mendapatkan tekanan darah tinggi dengan tingkat yang sama. Pada usia 65 dan lebih tua, wanita lebih cenderung terkena tekanan darah tinggi.

4) Ras

Orang Afrika-Amerika cenderung tekanan darah tinggi lebih banyak dari pada orang-orang dari latar belakang ras lain di Amerika Serikat. Bagi orang Afrika-Amerika, tekanan darah tinggi juga cenderung terjadi pada usia muda dan menjadi lebih parah.

2. Faktor gaya hidup

Adapun pembahasan hipertensi akibat faktor hereditas antara lain sebagai berikut:

1) Kurangnya aktivitas fisik

Tidak cukup melakukan aktivitas fisik yang merupakan bagian dari gaya hidup dapat meningkatkan risiko terkena tekanan darah tinggi. Aktivitas fisik sangat bagus untuk jantung dan sistem peredaran darah hal ini akan berdampak terhadap tekanan darah.

2) Diet yang tidak sehat, terutama sodium tinggi

Nutrisi yang baik dari berbagai sumber sangat penting bagi kesehatan. Diet yang terlalu tinggi dalam konsumsi garam, serta kalori, lemak jenuh dan gula, membawa risiko terhadap tekanan darah tinggi. Di sisi lain, memilih makanan sehat justru bisa membantu menurunkan tekanan darah.

3) Kelebihan berat badan atau obesitas

Berat badan yang berlebihan mengakibatkan tekanan ekstra pada jantung dan sistem peredaran darah yang dapat menyebabkan masalah kesehatan serius. Ini juga meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, diabetes dan tekanan darah tinggi.

4) Minum alkohol

Konsumsi alkohol secara teratur dan berat dapat menyebabkan banyak masalah kesehatan, termasuk gagal jantung, stroke dan detak jantung tidak teratur (aritmia). Hal ini dapat menyebabkan tekanan darah meningkat secara dramatis.

5) Merokok dan penggunaan tembakau

Menggunakan tembakau dapat menyebabkan tekanan darah dan meningkat sementara sehingga dapat menyebabkan arteri yang rusak. Perokok pasif, paparan asap orang lain, juga meningkatkan risiko penyakit jantung bagi bukan perokok.

6) Stres

Terlalu banyak stres dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, terlalu banyak tekanan dapat mendorong perilaku yang meningkatkan tekanan darah, seperti pola makan yang buruk, aktivitas fisik, dan penggunaan tembakau atau minum alkohol lebih banyak dari biasanya.

2.1.4 Patofisiologi hipertensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bahwa *reaktif spesies oksigen* (ROS) memainkan patofisiologis yang penting dalam penyebab hipertensi. Hal ini disebabkan karena vascular ROS dihasilkan oleh *endothelial*, *adventitial* dan VSMCs yang diturunkan dari NAD (P)H oksidase, enzim multisub unit yang mengkatalisis O₂ yang diproduksi oleh reduksi eletro oksigen menggunakan NAD (P) H sebagai eletro donor. Vaskular NAD (P) H oksidase terdiri paling sedikit 4 komponen yaitu sel pfphox dan gp9phox yang berhubungan dengan membrane homolog nomor 1 dan nomor 4 dan subunit sitosol, p47phox dan p67phox. Vaskular NAD (p) H oksidase diatur oleh humoral (sitokin, faktor pertumbuhan dan vasoaktif agen) dan faktor fisik

(perengangan, ketegangan pulsatile, dan tegangan geser). Secara fisiologis ROS diproduksi dan dikendalikan pada koentrasi rendah berfungsi sebagai molekul *signalling* untuk menjaga integritas *vascular* dalam kondisi patologis, ROS meningkatkan bioaktivitas menyebabkan disfungsi endotel, meningkatkan kontratilitas, meningkatkan pertumbuhan VSMC, invasi monosit, peroksidasi lipid, peradangan dan peningkatan deposisi ekstraseluler hal ini menyebabkan kerusakan pembuluh darah sehingga mengakibatkan kerusakan vasodilatasi pada endothelium hal ini dikaitkan dengan penurunan bioavailabilitas. Hal Ini akbat meningkatnya interaksi dengan O₂ yang merupakan efek dari ROS sehingga terjadi tekanan darah (schulz, Gori & Munzel 2011).

2.1.5 Klasifikasi hipertensi

Klasifikasi tekanan darah yang telah direkomendasikan oleh AHA (*American Heart Association*) pada usia dewasa > 18 tahun dapat dikelompokkan menjadi 5 yang didasarkan pada nilai tekanan darah.

Tabel 2. 1 Klasifikasi tekanan darah pada usia dewasa >18 berdasarkan AHA (*American Heart Association*) 2017

Kategori tekanan darah	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Prehipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi derajat 2	≥ 160	Atau	≥ 100
Hipertensi krisis	>180	Atau	>110

Tabel 2.2 Klasifikasi tujuan penurunan tekanan darah berdasarkan usia menurut European Society of Hypertension dalam Battegay et.al (2005)

Kelompok umur	Normal	Hipertensi
20-45 tahun	120-125/75-80 mmHg	>135/90 mmHg
45-65 tahun	135-140/85 mmHg	>140/90-160/95
>65 tahun	150/85 mmHg	160/90 (bordline)

1. Hipertensi derajat 1

Tahanan perifer berkurang sedangkan saraf simpatis meninggi dengan aktifitas renin plasma yang rendah. Makin besar massa tubuh, makin banyak darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen dan makanan ke jaringan tubuh. Kondisi obesitas berhubungan dengan peningkatan volume intravaskuler dan curah jantung. Daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita hipertensi lebih tinggi dibandingkan dengan penderita hipertensi dengan berat badan normal. Penurunan berat badan merupakan unsur yang paling berperan dalam pencegahan dan pengobatan hipertensi. Pasien hipertensi didorong untuk melakukan penurunan berat badan bila mengalami obesitas dan hal ini akan berefek pada penurunan tekanan darah (Deborah 2000).

2. Hipertensi derajat 2

Berdasarkan *Joint National Committee VII* (JNC VII), termasuk hipertensi stage 2 apabila tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 100 mmHg. Hipertensi derajat 2 yang terjadi pada lansia disebabkan karena proses penuaan dimana terjadi perubahan sistem kardiovaskuler, katup mitral dan aorta mengalami sklerosis dan penebalan, miokard menjadi kaku dan

lambat dalam berkontraktilitas. Kemampuan pompa jantung harus bekerja lebih keras sehingga terjadi hipertensi.

3. Hipertensi krisis

Hipertensi emergensi adalah pasien dengan adanya kerusakan target organ yang sedang terjadi atau akut (ensefalopati, perdarahan intra serebral, kegagalan ventrikel kiri akut dengan edema paru, *unstable* angina, diseksi aneurisme aorta, IMA, eklampsia, anemia hemolitik mikro angiopati atau insufisiensi renal) yang memerlukan intervensi farmakologi yang tepat untuk menurunkan tekanan darah sistemik. Manifestasi klinis hipertensi urgensi antara lain: meningkatnya tekanan darah, sakit kepala yang parah, kecemasan, sesak napas (Sheps 2009). Sedangkan manifestasi klinis dari hipertensi emergensi yaitu terdapat kerusakan organ, misalnya perubahan status mental seperti pada ensefalopati, stroke, gagal jantung, angina, edema paru, serangan jantung, aneurisma, eklampsi (Bryg 2009). Patofisiologi hipertensi darurat belum diketahui secara pasti. Kegagalan autoregulasi normal dan kenaikan resistensi vaskuler sistemik (SVR) tiba-tiba biasanya awal dalam proses penyakit. Peningkatan SVR diperkirakan terjadi dari pelepasan vasokonstriktor humoral dari dinding pembuluh darah yang mengalami stres. Ketika tekanan meningkat dalam pembuluh darah akan memicu siklus kerusakan endotel mulai dari aktivasi lokal faktor pembekuan intravaskular, nekrosis fibrinoid pembuluh darah kecil, dan pelepasan lebih banyak vasokonstriktor. Jika proses ini tidak berhenti, siklus dari cedera vaskular lebih lanjut, iskemia jaringan, dan disfungsi autoregulatori

terjadi kemudian. Presentasi klinis yang paling umum adalah hipertensi darurat infark serebral (24,5%), edema paru (22,5%), ensefalopati hipertensi (16,3%), dan gagal jantung kongestif (12%). Kurang presentasi umum meliputi pendarahan intrakranial, diseksi aorta, dan eklampsia.

2.1.6 Tanda dan gejala hipertensi

Menurut AHA *American Heart Association* (2017) bahwa Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat dapat ditemukan edema pupil (edema pada diskus optikus). Menurut Price (2006), gejala hipertensi antara lain sakit kepala bagian belakang, kaku kuduk, sulit tidur, gelisah, kepala pusing, dada berdebar-debar, lemas, sesak nafas, berkeringat dan pusing.

Gejala-gejala penyakit yang biasa terjadi baik pada penderita hipertensi maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal hipertensi yaitu sakit kepala, gelisah, jantung berdebar, perdarahan hidung, sulit tidur, sesak nafas, cepat marah, telinga berdenging, tekuk terasa berat, berdebar dan sering kencing di malam hari. Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai meliputi gangguan penglihatan, saraf, jantung, fungsi ginjal dan gangguan serebral (otak) yang mengakibatkan kejang dan pendarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan dan gangguan kesadaran hingga koma. sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun adalah nyeri kepala saat terjaga,

kadang kadang disertai mual dan muntah yang disebabkan peningkatan tekanan darah intrakranial (Corwin 2005).

2.1.7 Komplikasi hipertensi

Komplikasi yang diakibatkan oleh hipertensi menurut *America Heart Assosiasi* (2017) adalah sebagai berikut:

1. Serangan jantung

Tekanan darah tinggi merusak arteri yang dapat tersumbat dan mencegah darah mengalir ke jaringan di otot jantung.

2. Stroke

Tekanan darah tinggi bisa menyebabkan pembuluh darah di otak pecah atau menyumbat lebih mudah.

3. Gagal jantung

Beban kerja yang meningkat dari tekanan darah tinggi dapat menyebabkan jantung membesar dan gagal memasok darah ke tubuh.

4. Penyakit ginjal atau gagal ginjal

Tekanan darah tinggi dapat merusak arteri di sekitar ginjal dan mengganggu kemampuan mereka untuk secara efektif menyaring darah.

5. Kerugian penglihatan

Tekanan darah tinggi bisa menyiksa atau merusak pembuluh darah di mata.

6. Disfungsi seksual

Ini bisa menjadi disfungsi ereksi pada pria atau libido rendah pada wanita.

7. Nyeri dada

Seiring waktu, tekanan darah tinggi bisa menyebabkan penyakit jantung atau penyakit mikrovaskular. Angina, atau nyeri dada, adalah gejala yang umum.

8. Penyakit arteri perifer (PAD)

Artherosclerosis yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi dapat menyebabkan penyempitan arteri pada kaki, lengan, perut dan kepala, menyebabkan rasa sakit atau kelelahan.

2.1.8 Penatalaksana hipertensi di keperawatan

Penatalaksanaan non farmakologi pada hipertensi sering digunakan untuk intervensi keperawatan. Menurut JNC 8 (2014) penatalaksanaan hipertensi non farmakologi adalah dengan modikasi gaya hidup antara lain:

1. Penurunan berat badan

Menurunkan berat badan dapat mengurangi tekanan darah sistolik 5-20mm)/penurunan 10 kg. Rekomendasi ukuran pingangg <94 cm untuk pria dan < 80 cm untuk wanita, indeks massa tubuh < 25 kg/m² rekomendasi penurunan berat badan meliputi nasehat mengurangi asupan kalori dan juga meningkatkan aktifitas.

2. Adopsi pola makan DASH (*dietary Approaches to stop Hypertension*)

Pola makan DASH dapat menurunkan tekanan darah sistolik. Lebih banyak makan buah, sayuran dan produk susu rendah lemak dengan kandungan lemak jenuh lebih sedikit, kaya potassium dan kalsium.

3. Resistensi garam harian

Retensi garam harian dapat menurunkan tekanan darah sistolik 2-8 mmHg. Rekomendasi konsumsi garam seagai pola makan sehat.

4. Aktifitas fisik

Aktifitas fisik dapat menurunkan tekanan darah sistolik 4-9 mmhg. Lakukan aktifitas fisik intensitas sedang atau setiap hari pada 1 minggu.

2.2 Kepatuhan

2.2.1 Pengertian kepatuhan

Kepatuhan (*Adherence*) dapat didefinisikan sebagai suatu perilaku seseorang untuk mengikuti saran medis ataupun kesehatan. Selain itu kepatuhan merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Notoatmodjo 2007). Kepatuhan adalah tingkat perilaku klien yang tertuju terhadap intruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik diet, latihan, pengobatan atau menepati janji pertemuan dengan dokter (Stanley 2007). Kepatuhan ini dibedakan menjadi dua yaitu kepatuhan penuh (total compliance) dimana pada kondisi ini penderita patuh secara sungguh-sungguh dan penderita yang tidak patuh (non compliance).

2.2.2 Faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan (Brannon & Felis 2009):

1. Usia

Kepatuhan dapat meningkatkan atau menurun sering dengan bertambahnya usia. Hal ini juga tergantung dari spesifikasi penyakit, kerangka waktu, dan kepatuhan pada gaya hidup sehat.

2. Gender

Terdapat sedikit perbedaan kepatuhan pada wanita dan pria. Beberapa perbedaan kepatuhan terjadi pada saat menjalani rekomendasi khusus.

3. Dukungan sosial

Dukungan sosial yang diterima dari teman atau keluarga dapat meningkatkan kepatuhan.

4. Dukungan emosional

Kualitas dukungan sosial (dukungan emosional) lebih meningkatkan kepatuhan.

5. Kepribadian individu

Meskipun masalah kepribadian yang tidak patuh nampak menjadi mitos, beberapa penelitian menemukan bahwa kepribadian yang obsesif kompulsif mempunyai hubungan yang positif dengan kepatuhan, sedangkan kepribadiann yang sinis mempunyai hubungan yang negative dengan ketidakpatuhan.

6. Keyakinan individu tentang penyakit yang dideritanya

Pada umumnya ketika individu percaya bahwa dengan patuh terhadap gaya hidup yang direkomendasikan dapat memberikan keuntungan kesehatan, maka individu akan patuh terhadap gaya hidup tersebut. Individu yang perhatian terhadap kesehatan mereka juga memungkinkan untuk patuh terhadap nasihat medis.

7. Norma budaya

Individu gagal melakukan kepatuhan tidak dikarenakan kepribadian mereka yang tidak mau bekerjasama, tapi lebih disebabkan karena mereka tinggal dalam budaya yang memegang kepercayaan dan tingkah laku yang kurang kondusif untuk gaya hidup sehat.

2.2.3 Faktor yang mendukung kepatuhan

Freuerstein (1986) menyampaikan 5 faktor pendukung kepatuhan penderita antara lain:

1. Pendidikan

Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang pendidikan kesehatan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku dan kaset.

2. Akomodasi

Suatu usaha yang dilakukan untuk memahami ciri kepribadian penderita yang dapat mempengaruhi kepatuhan.

3. Modifikasi lingkungan dan sosial

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman.

4. Perubahan model terapi

Program- program dapat dibuat sesederhana mungkin dan penderita terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

5. Meningkatkan interaksi petugas kesehatan dengan klien

Petugas kesehatan memberikan umpan balik setelah klien mendapatkan informasi mengenai gaya hidup yang sehat.

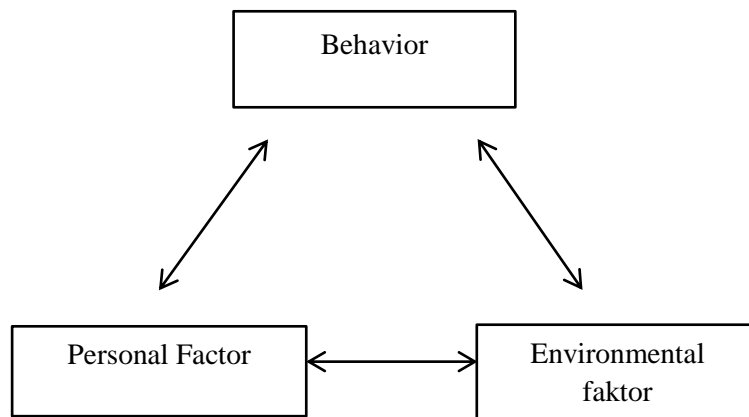
2.2.4 Kepatuhan pada klien hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang prevelensinya meningkat tajam. Puspita (2012) melaporkan bahwa lebih dari separuh responden yang hipertensi (51,9%) yang patuh dalam diit hipertensi berkategori ringan, sedangkan lebih dari separuh responden (56,6%) yang tidak patuh terhadap diit hipertensi berkategori berat. Hasil penelitian untuk kepatuhan berobat dan gaya hidup yang dilakukan di Puskesmas Tegallalang didapatkan 87,8% memiliki tingkat kepatuhan yang rendah, 12,2% memiliki tingkat kepatuhan sedang, dan tidak didapatkan tingkat kepatuhan yang tinggi. Terdapat 75% pasien dengan kepatuhan rendah memiliki penyakit penyerta (Valentinus A 2014).

2.3 Teori Perilaku

2.3.1 *Social cognitive theory*

Sosial cognitive theory menurut Bandura (2004) terdapat 3 komponen penting yang saling memengaruhi dalam proses perubahan perilaku yaitu faktor personal, faktor lingkungan dan perilaku. Ketiga komponen ini saling mempengaruhi satu sama lain. Lingkungan dapat mempengaruhi perilaku atau perilaku mempengaruhi lingkungan, perilaku dapat mempengaruhi personal atau personal mempengaruhi perilaku, personal mempengaruhi lingkungan atau lingkungan mempengaruhi personal. Adapun pembahasan ke 3 komponen tersebut sebagai berikut:



Gambar 2. 1 *social cognitive theory* (Bandura 2004)

1. Faktor personal

Faktor personal menurut Bandura (2004) terdiri dari self efikasi dan self regulasi. Adapun faktor yang mempengaruhi personal menurut Bandura (2004) antara lain:

1) Self efikasi

a. Pengertian self efikasi

Bandura (1977 dalam Alwisol 2009) menyatakan self efikasi adalah penilaian diri apakah seseorang dapat melakukan tindakan yang baik, buruk tepat atau salah, bisa atau tidak mengerjakan sesuai dengan yang dipersyaratkan. Self efikasi adalah prasyarat terpenting untuk perubahan perilaku. Self efikasi mengacu pada kepercayaan seseorang dalam melakukan aktivitas tertentu, termasuk kepercayaan diri untuk melakukan aktivitas saat hambatan muncul (Klein, Peters and Yarandi, 2016). Self efikasi menggambarkan kepercayaan tentang kemampuan diri sendiri, atau merupakan keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai situasi dan menghasilkan hasil yang positif. Self efikasi merupakan kepercayaan seseorang dalam menentukan bagaimana orang merasakan, memikirkan, menggerakkan dan bertindak (Bandura, 1994). Self efikasi juga merupakan keyakinan bahwa seseorang mempunyai kemampuan untuk melakukan kegiatan tertentu. Persepsi Self efikasi telah diketahui mempengaruhi keputusan tentang perilaku apa yang diambil. Individu dengan Self efikasi tinggi memiliki keyakinan dalam kemampuan mereka untuk menerapkan perilaku tertentu (Chen *et al.*, 2015).

Bandura di dalam Shortridge-Baggett (2001) menyatakan bahwa Self efikasi merupakan prediktor yang paling efektif dalam menilai perubahan perilaku seseorang. Semakin tinggi Self efikasi individu maka akan

memudahkan individu memecahkan masalah dalam keadaan sulit. Individu yang meyakini bahwa dia mampu melakukan suatu perilaku tertentu akan melakukan perilaku tersebut. Sedangkan individu dengan Self efikasi rendah cenderung untuk tidak melakukan perilaku tersebut atau menghindarinya. Individu dengan Self efikasi yang tinggi akan lebih mudah mengadopsi perilaku baru.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi self efikasi

Menurut Bandura (1997) tinggi rendahnya self efikasi seseorang dalam tiap tugas sangat bervariasi. Hal ini disebabkan oleh adanya beberapa faktor yang berpengaruh dalam mempersepsikan kemampuan diri individu. Menurut Bandura (1997) ada beberapa yg mempengaruhi self efikasi, antara lain:

a) Jenis kelamin

Menurut Bandura dalam Zimmerman salah satu yang mempengaruhi self efikasi adalah jenis kelamin. Dilihat dari jenis kelamin perempuan memiliki self efikasi yang baik dari pada laki-laki. Perempuan dianggap lebih patuh dalam menjalankan perintah diri dibandingkan laki-laki karena pada perempuan memiliki mekanisme koping yang lebih baik dibandingkan laki-laki ketika menghadapi masalah. Menurut Puspita (2003) bahwa perempuan mempunyai peran dan tanggung jawab dalam menyediakan makanan bagi

keluarganya dimana seseorang yang memiliki derajat control yang tinggi memiliki self efikasi yang bagus.

b) Usia

Self efikasi terbentuk melalui proses belajar sosial yang dapat berlangsung selama masa kehidupan. Individu yang lebih tua cenderung memiliki rentang waktu dan pengalaman yang lebih banyak mengatasi suatu hal yang terjadi jika dibandingkan dengan individu yang lebih muda, yang mungkin masih memiliki sedikit pengalaman dan peristiwa-peristiwa dalam hidupnya. Individu yang lebih tua akan lebih mampu dalam mengatasi rintangan dalam hidupnya dibandingkan dengan individu yang lebih muda. Self efikasi berkembang seiring dengan bertambahnya usia, dengan bertambahnya pengalaman dan perluasan lingkungan pergaulan (Wantiyah, 2010). Menurut Potter dan Perry usia 40-65 tahun disebut sebagai tahap keberhasilan, yaitu waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing, dan menilai diri sendiri, sehingga pasien memiliki Self efikasi yang baik (Ariani, 2011).

c) Tingkat pendidikan

Self efikasi terbentuk melalui proses belajar yang dapat diterima individu pada tingkat pendidikan formal. Individu yang memiliki jenjang yang lebih tinggi biasanya memiliki self efikasi yang lebih tinggi, karena pada dasarnya mereka lebih banyak belajar dan

lebih banyak menerima pendidikan formal, selain itu individu yang memiliki jenjang pendidikan yang lebih tinggi akan lebih banyak mendapatkan kesempatan untuk belajar dalam mengatasi persoalan-persoalan dalam hidupnya. Salah satu proses pembentukan self-efficacy adalah melalui proses kognitif (Ariani, 2011). Penelitian Wu et al., (2006) menunjukkan bahwa dengan tingkat pendidikan tinggi maka memiliki Self efikasi dan kepatuhan dalam perawatan diri yang baik karena pendidikan tinggi lebih mudah mengakses informasi terkait penyakitnya sehingga lebih yakin dalam melakukan perawatan diri untuk mencegah terjadinya komplikasi.

d) Penghasilan

Penghasilan Status sosial ekonomi mempengaruhi seseorang untuk menjaga kesehatannya (Firmansyah, 2015). Faktor penghasilan berkontribusi dalam Self efikasi karena hal tersebut membantu dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan (Rondhianto, 2012).

e) Motivasi

Motivasi adalah dorongan yang berasal dari dalam diri ataupun dari luar individu untuk melakukan tugas tertentu untuk mencapai suatu tujuan. Penelitian yang dilakukan oleh Kusuma dan Hidayati (2013) menyatakan bahwa responden yang memiliki motivasi baik memiliki peluang self efikasi baik dibandingkan dengan motivasi rendah, hal ini mempengaruhi dalam kepatuhan gaya hidup sehat.

f) Pekerjaan

Pekerjaan juga dapat mempengaruhi tingkat kesehatan klien dengan cara meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara bagaimana klien masuk kedalam system pelayanan kesehatan sehingga seseorang yang bekerja memiliki kepercayaan diri yang lebih tinggi untuk mengatasi masalahnya sehingga memiliki self efikasi yang tinggi (Potter dan Perri, 2005).

c. Dimensi self efikasi

(Bandura 1977 dalam Awisol 2009) Dimensi self-efficacy menurut Bandura terdiri dari 3 dimensi. Dimensi yang pertama yaitu magnitude, dimensi ini berfokus pada tingkat kesulitan terkait dengan usaha yang dilakukannya (Rhondianto, 2012). Dimensi yang kedua adalah generality, dimensi ini berkaitan dengan luasnya cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan (Ariani, 2011). Dimensi yang ketiga adalah strength, dimensi ini berfokus pada kekuatan/keyakinan individu terhadap kemampuan yang dimilikinya dalam pengelolaan penyakitnya (Rini, 2011; Rhondianto, 2012).

d. Fungsi self efikasi

Self efikasi yang telah terbentuk akan mempengaruhi dan memberi fungsi pada aktifitas individu. Bandura (2004) menjelaskan tentang pengaruh dan fungsi tersebut, yaitu:

a) Fungsi kognitif

Bandura menyebutkan bahwa pengaruh dari efikasi diri pada proses kognitif seseorang sangat bervariasi. Pertama, efikasi diri yang kuat akan mempengaruhi tujuan pribadinya. Semakin kuat efikasi diri, semakin tinggi tujuan yang ditetapkan oleh individu bagi dirinya sendiri dan yang memperkuat adalah komitmen individu terhadap tujuan tersebut. Individu dengan efikasi diri yang kuat akan mempunyai cita-cita yang tinggi, mengatur rencana dan berkomitmen pada dirinya untuk mencapai tujuan tersebut. Kedua, individu dengan efikasi diri yang kuat akan mempengaruhi bagaimana individu tersebut menyiapkan langkah-langkah antisipasi bila usahanya yang pertama gagal dilakukan.

b) Fungsi motivasi

Efikasi diri memainkan peranan penting dalam pengaturan motivasi diri. Sebagian besar motivasi manusia dibangkitkan secara kognitif. Individu memotivasi dirinya sendiri dan menuntun tindakan-tindakannya dengan menggunakan pemikiran-pemikiran tentang masa depan sehingga individu tersebut akan membentuk kepercayaan mengenai apa yang dapat dirinya lakukan. Individu juga akan mengantisipasi hasil-hasil dari tindakan - tindakan yang prospektif, menciptakan tujuan bagi dirinya sendiri dan merencanakan bagian dari tindakan - tindakan untuk merealisasikan masa depan yang berharga. Efikasi diri mendukung motivasi dalam berbagai cara dan menentukan

tujuan-tujuan yang diciptakan individu bagi dirinya sendiri dengan seberapa besar ketahanan individu terhadap kegagalan. Ketika menghadapi kesulitan dan kegagalan, individu yang mempunyai keraguan diri terhadap kemampuan dirinya akan lebih cepat dalam mengurangi usaha-usaha yang dilakukan atau menyerah. Individu yang memiliki keyakinan yang kuat terhadap kemampuan dirinya akan melakukan usaha yang lebih besar ketika individu tersebut gagal dalam menghadapi tantangan. Kegigihan atau ketekunan yang kuat mendukung bagi pencapaian suatu performansi yang optimal. Efikasi diri akan berpengaruh terhadap aktifitas yang dipilih, keras atau tidaknya dan tekun atau tidaknya individu dalam usaha mengatasi masalah yang sedang dihadapi.

c) Fungsi afeksi

Efikasi diri akan mempunyai kemampuan coping individu dalam mengatasi besarnya stres dan depresi yang individu alami pada situasi yang sulit dan menekan, dan juga akan mempengaruhi tingkat motivasi individu tersebut. Semakin kuat efikasi diri, individu semakin berani menghadapi tindakan yang menekan dan mengancam. Individu yang yakin pada dirinya sendiri dapat menggunakan kontrol pada situasi yang mengancam, tidak akan membangkitkan pola-pola pikiran yang mengganggu. Sedangkan bagi individu yang tidak dapat mengatur situasi yang mengancam akan mengalami kecemasan yang tinggi.

Individu yang memikirkan ketidakmampuan coping dalam dirinya dan memandang banyak aspek dari lingkungan sekeliling sebagai situasi ancaman yang penuh bahaya, akhirnya akan membuat individu membesar-besarkan ancaman yang mungkin terjadi dan kekhawatiran terhadap hal-hal yang sangat jarang terjadi. Melalui pikiran-pikiran tersebut, individu menekan dirinya sendiri dan meremehkan kemampuan dirinya sendiri.

d) Fungsi selektif

Fungsi selektif akan mempengaruhi pemilihan aktivitas atau tujuan yang akan diambil oleh individu. Individu menghindari aktivitas dan situasi yang individu percayai telah melampaui batas kemampuan coping dalam dirinya, namun individu tersebut telah siap melakukan aktivitas-aktivitas yang menantang dan memilih situasi yang dinilai mampu untuk diatasi. Perilaku yang individu pilih dan lakukan akan memperkuat kemampuan, minat - minat dan jaringan sosial yang mempengaruhi kehidupan, dan akhirnya akan mempengaruhi arah perkembangan personal. Hal ini karena pengaruh sosial berperan dalam pemilihan lingkungan, meningkatkan kompetensi, nilai-nilai dan minat-minat dalam waktu yang lama setelah faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan keyakinan memberikan pengaruh awal.

2) Self regulasi

a. Pengertian self regulasi

Menurut (Bandura 1997 dalam Shofiah & Raudatussalamah 2014) self regulasi adalah bagaimana manusia mampu mengatur dirinya sendiri, mempengaruhi tingkah lakunya dengan cara menciptakan dukungan kognitif, serta mengadakan konsekuensi bagi tingkah lakunya sendiri. Self regulasi menurut Ogden (2007) dalam Nursalam (2013) adalah kemampuan atau kapasitas seseorang untuk mengubah perilakunya.

b. Faktor-Faktor yang mempengaruhi self regulasi

Menurut Stone, Schunk & Swartz (2003) dalam Fasikhah (2013) self-regulasi dipengaruhi oleh motivasi, keyakinan (self efikasi) dan tujuan. Terdapat faktor eksternal dan faktor internal yang mempengaruhi self-regulasi sebagai berikut:

a) Faktor Eksternal

Faktor eksternal mempengaruhi regulasi diri dengan cara melalui faktor lingkungan. Menurut Zimmerman dan Pons (1988 dalam Ghufroon, 2011) teori sosial kognitif mencurahkan perhatian khusus pada pengaruh sosial dan pengalaman pada fungsi manusia. Hal ini bergantung pada bagaimana lingkungan itu mendukung atau tidak mendukung. Alwisol (2009) menambahkan bahwa faktor lingkungan berinteraksi dengan pengaruh-pengaruh pribadi, membentuk standar evaluasi diri seseorang.

b) Faktor Internal

Faktor eksternal berinteraksi dengan faktor internal dalam pengaturan diri, faktor internal adalah faktor yang berasal dari diri individu sendiri. Menurut Zimmerman dan Pons (1990 dalam Ghufroon, 2011) faktor individu ini meliputi gambaran karakteristik individu itu sendiri dan motivasi yang dimiliki individu yang semakin tinggi akan membantu pelaksanaan pengelolaan diri dalam diri individu dan tujuan yang ingin dicapai, semakin banyak dan kompleks tujuan yang ingin diraih, semakin besar kemungkinan individu melakukan pengelolaan diri.

c. Indikator *self regulation*

(Bandura 1997 dalam Awisol 2009) menyatakan indikator self regulasi terdiri dari:

- a) Pengamatan diri, kita melihat diri dan perilaku kita sendiri, serta terus mengawasinya.
- b) Penilaian, membandingkan apa yang kita lihat pada diri dan perilaku kita dengan standar ukuran.
- c) Respons diri, terjadi setelah membandingkan diri dengan standar ukuran tertentu, dan memberikan imbalan respon diri pada diri sendiri.

d. Proses *self regulation*

(Kanfer, Miller dan Brown 1991 dalam Shofiah & Raudatussalamah 2014) menjelaskan teori *self-regulation* melalui tujuh proses sebagai berikut:

- a) *Receiving* atau menerima informasi yang relevan merupakan proses awal seseorang ketika ia menerima informasi dari berbagai sumber. Dari informasi yang diterimanya seseorang dapat mengetahui karakter dari lingkungannya atau dari permasalahan yang ia hadapi.
- b) *Evaluating* atau mengevaluasi. Setelah melakukan receiving seseorang menuju proses selanjutnya yaitu *evaluating*. *Evaluating* merupakan proses ketika individu melakukan evaluasi terhadap informasi yang diterimanya serta menganalisis informasi tersebut dengan membandingkan suatu masalah yang muncul dari luar dirinya dengan pendapat pribadi yang tercipta dari pengalaman sebelumnya.
- c) *Triggering* atau membuat perubahan. Proses ini muncul sebagai akibat dari proses perbandingan dari hasil evaluasi pada proses sebelumnya muncullah perasaan positif dan negatif dalam diri seseorang. Seseorang mencoba menghindari sikap atau pemikiran yang tidak sesuai dengan informasi yang diterimanya dengan norma yang ada. Dalam proses ini kecenderungan perilaku seseorang mengarah pada perubahan.
- d) *Searching* atau mencari solusi. Pada proses ini seseorang mulai mencari jalan keluar dari masalah yang dihadapinya. Sebagai akibat dari proses evaluasi yang memunculkan pertentangan pada sikap seseorang dalam memahami masalahnya ia menyadari ada beberapa jenis tindakan atau aksi yang dapat ia lakukan untuk mengurangi pertentangan tersebut.

Sehingga pada akhirnya ia dapat mencari jalan keluar untuk mengatasi pertentangan tersebut.

- e) *Formulating* atau merancang suatu rencana. Dalam proses ini seseorang mulai menyusun rencana untuk mencapai target yang diinginkannya. Begitu pula dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya dengan mempertimbangkan aspek – aspek seperti waktu, aktivitas yang dijalannya tempat, dan aspek lain yang dapat mendukung efektivitas dan efisiensi dalam proses penyelesaian masalah juga dalam pencapaian tujuan.
- f) *Implementing* atau menerapkan rencana. Setelah melakukan *formulating* seseorang masuk ke proses *implementing* yaitu mengarahkan perilaku dan tindakannya kearah penyelesaian masalah yang diinginkan juga disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapainya.
- g) *Assesing* atau mengukur efektifitas dari rencana yang telah dibuat. Ini adalah proses terakhir dari *self regulation*. Yakni seseorang melakukan pengukuran terhadap perilaku atau tindakan yang telah ia lakukan dalam rangka penyelesaian masalah juga dalam rangka pencapaian tujuannya. Pengukuran ini dapat membantu dalam menentukan apakah perencanaan yang telah dibuat sebelumnya efektif atau tidak serta menimbulkan hasil yang sesuai dengan yang diinginkan oleh seseorang atau tidak.

2. Faktor lingkungan

1) Pengertian

Lingkungan menurut Bandura (2004) bahwa lingkungan itu pembentuk perilaku. Teori ini menekankan bahwa lingkungan – lingkungan yang dihadapkan pada seseorang secara kebetulan ; lingkungan – lingkungan itu kerap kali dipilih dan diubah oleh orang itu melalui perilakunya sendiri. Menurut Bandura (2004) bahwa sebagian besar manusia belajar melalui pengamatan secara selektif dan mengingat tingkah laku orang lain.

Menurut (Bandura 2006 dalam Careers Stewart et al. 2006) bahwa tidak ada secara khusus elemen lingkungan itu apa. Hanya saja *enviromental* dapat *dicreate* untuk mendukung keberhasilan suatu perubahan social. Bandura memberikan keleluasan kepada peneliti untuk merubah, menyusun dan mengkreasikan sendiri lingkungan yang sekiranya dapat mendukung program sesuai bidangnya.

Menurut teori *proceed proceed* faktor lingkungan terdiri dari dukungan keluarga, teman sebaya dan perilaku petugas kesehatan yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Green 1991 dalam Nursalam 2013).

Faktor lingkungan yang sudah pernah diteliti dalam *healt promotion model* (Bandura 2004) dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku yaitu:

a. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan antar keluarga yang diperlihatkan melalui sikap, tindakan dan penerimaan keluarga yang terjadi selama masa hidup (Friedman & Marilyn 2010). Dukungan keluarga dapat berupa dukungan internal yang dapat diterima dari suami, isteri, atau dukungan dari saudara kandung dan dapat juga berupa dukungan eksternal dari keluarga inti. Dukungan yang diberikan keluarga berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasional dan dukungan instrumental (House & Khan 1985; Friedman 2010).

b. Dukungan Sosial

Menurut Bandura (2004) Pada sisi adaptasi perilaku, interaktivitas individual semakin meningkatkan dampak program promosi kesehatan. Dukungan dan bimbingan sosial selama periode awal Perubahan pribadi dan pemeliharaan meningkatkan kesuksesan jangka panjang. Ini juga dampaknya. Dukungan sosial akan tergantung pada sifatnya. Bukti konvergen di berbagai bidang Berfungsi menunjukkan bahwa dukungan sosial hanya memiliki efek menguntungkan jika meningkatkan kesejahteraan masyarakat keyakinan akan kemandirian mereka untuk mengelola keadaan kehidupan mereka. Jika dukungan sosial diberikan Dengan cara yang mendorong ketergantungan, hal itu bisa merusak keberhasilan mengatasi.

Enabler yang efektif menyediakan jenis dukungan dan panduan yang kondusif bagi peningkatan keefektifan diri kesuksesan pribadi

c. Dukungan petugas kesehatan

Menurut (Lawrence Green 1980 dalam Notoatmodjo 2007) Dukungan Petugas sangat membantu, dimana dengan adanya dukungan petugas dari petugas sangatlah besar artinya bagi seseorang dalam melakukan perawatan hipertensi, sebab petugas adalah yang merawat dan sering berinteraksi, sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis lebih baik, dengan sering berinteraksi akan sangat mempengaruhi rasa percaya dan menerima kehadiran petugas bagi dirinya, serta motivasi atau dukungan yang diberikan petugas sangat besar artinya terhadap ketaatan pasien untuk selalu mematuhi gaya hidup sehat.

2) Jenis dukungan

Adapun jenis dukungan Menurut (House dan Kahn 1985 dalam Friedman 2010) adalah sebagai berikut:

a. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk bersistirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan dari keluarga. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi.

b. Dukungan penghargaan

keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.

c. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan, kebutuhan individu. Keluarga mencari solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan.

d. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan-persoalan yang sedang dihadapi.

e. Dukungan persahabatan

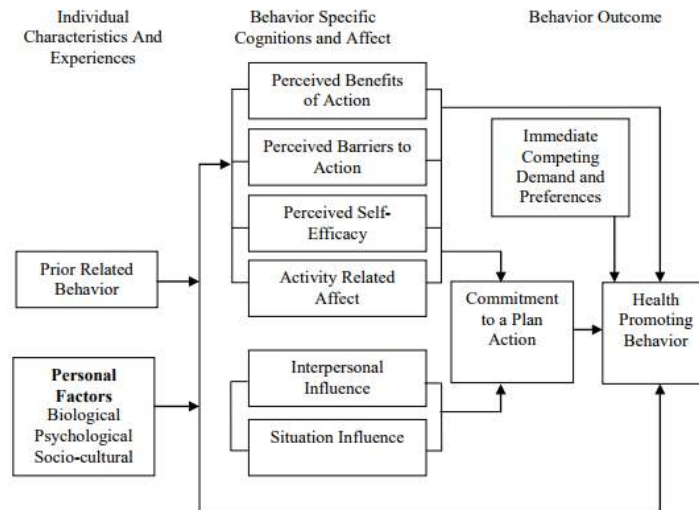
Mengacu pada ketersediaan orang lain untuk menghabiskan waktu bersama orang tersebut, dengan demikian memberikan perasaan keanggotaan dalam kelompok untuk berbagi ketertarikan dan aktivitas sosial. Menurut Orford (1992), dukungan ini dapat berupa menghabiskan waktu bersama dalam aktivitas-aktivitas rekreasional di waktu senggang, juga bisa berbentuk lelucon, membicarakan minat dan melakukan kegiatan yang mendatangkan kesenangan.

2.3.2 Teori *Health Promotion Model*

Health Promotion Model (HPM) awalnya dikembangkan pada tahun 1980an oleh Pender. Model tersebut kemudian direvisi pada tahun 1996 berdasarkan perubahan perspektif teori dan temuan ilmiah (Pender 2005 dalam Nursalam 2013). *Health Promotion Model* merupakan perspektif teori yang mengeksplorasi faktor-faktor dan hubungannya dengan perilaku promosi kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup (Alligood 2014)

1. Komponen *Health Promotion Model*

Health Promotion Model mengklasifikasikan determinan perilaku individu menjadi tiga kelompok proposisi yang spesifik, yaitu karakteristik individu dan pengalaman, behavior specific cognition and effect, dan faktor interpersonal/ situasional. Karakteristik individu dan pengalaman adalah faktor pembawaan (jenis kelamin, usia, genetik) dan pengalaman yang membentuk perilaku ke depan. Faktor latar belakang ini umumnya tidak dapat dimodifikasi. Behavior specific cognition and effect meliputi perceived benefit barrier to behaviour, perceived self efficacy, dan sikap yang mendasari perilaku. Faktor ini merupakan target utama dari pengkajian perilaku promosi kesehatan individu. Sementara faktor interpersonal/ situasional adalah faktor lingkungan dan sosial yang memengaruhi perilaku kesehatan (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parson, 2002; Srof& Velsor-Friedrich 2006)



Gambar 2. 4. The Health Promotion Model (Pender, Murdaugh, & Parson 2002 Tomey dalam Alligood 2014)

Definisi masing-masing komponen HPM, antara lain (Pender 2005 dalam Nursalam 2013):

- 1) Karakteristik individu dan pengalaman, yaitu
 - a. Prior related behaviour, yaitu frekuensi perilaku kesehatan yang sama di masa lalu.
 - b. Faktor personal (biologis, psikologis, sosiokultural), yaitu karakteristik umum individu yang memengaruhi perilaku kesehatan. Faktor biologis meliputi usia, dan jenis kelamin. Faktor psikologis meliputi motivasi, harga diri, persepsi terhadap sakit. Sementara faktor sosiokultural meliputi tingkat pendidikan dan ekonomi.

2) Behavior specific cognition and affect

- a. Perceived benefit of action, yaitu persepsi positif atau konsekuensi yang menguatkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu.
- b. Perceived barrier to action, yaitu persepsi adanya hambatan, kesulitan, dan biaya yang dibutuhkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu.
- c. Perceived self efficacy, yaitu penilaian kemampuan personal untuk mengatur dan melakukan perilaku kesehatan tertentu, kepercayaan diri untuk dapat melakukan perilaku kesehatan dengan baik.
- d. Activity related to action, yaitu perasaan subyektif atau emosi yang muncul sebelum, selama, dan setelah berperilaku kesehatan tertentu.
- e. Faktor interpersonal (keluarga, kelompok sebaya, petugas kesehatan): norma, dukungan sosial, model, yaitu persepsi yang berhubungan dengan perilaku, kepercayaan, sikap orang lain yang membuat individu ikut berperilaku kesehatan tertentu.
- f. Faktor situasional (pilihan, karakteristik kebutuhan, estetika daya beli), yaitu persepsi kesesuaian lingkungan jika individu berperilaku kesehatan tertentu.
- g. Komitmen terhadap perilaku yang direncanakan, yaitu intensi/ niat untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu, termasuk identifikasi strategi untuk dapat melaksanakan dengan baik.

- h. Immediate competing demand and preferences, yaitu perilaku alternatif yang mengganggu kesadaran individu untuk berperilaku sesuai dengan yang diharapkan, akibat adanya perencanaan perilaku kesehatan.

3) Hasil perilaku

Perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan.

Perilaku akhirnya secara langsung ditujukan pencapaian hasil kesehatan positif untuk klien. Perilaku promosi kesehatan terutama sekali terintegrasi dalam gaya hidup sehat yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional, dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan.

2.4 Konsep Gaya Hidup Sehat

2.4.1 Pengertian

Gaya hidup sehat menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI 2007) adalah segala upaya untuk menerapkan kebiasaan yang baik dalam menciptakan hidup yang sehat dan menghindari kebiasaan yang buruk yang dapat mengganggu kesehatan. Riskesdas (2013) melaporkan bahwa masyarakat NTB tergolong kurang aktif sebesar 34,0% urutan ke 3 terbanyak di Indonesia, kebiasaan merokok tiap harinya sebanyak 26,8% urutan ke 8 dan tingkat konsumsi garam meningkat dari 24,5% menjadi 26,2% dari tahun 2007-2013 . Indikator gaya hidup

sehat antara lain : perilaku tidak merokok, pola makan sehat dan seimbang dan aktivitas fisik yang teratur (Depkes RI 2002).

2.4.2 Indikator gaya hidup sehat

1. Perilaku tidak merokok

Merokok adalah salah satu kebiasaan atau pola hidup tidak sehat. Merokok Merokok tembakau akan menimbulkan gangguan kesehatan, paling tidak ada tiga hal yaitu, timbulnya penyakit pada paru, timbulnya kanker, dan timbulnya penyakit kardiovaskuler (Rahmatullah 2009). Merokok juga merupakan salah satu faktor risiko yang memicu timbulnya hipertensi (Yogiantoro 2009).

Situasi lain yang lebih memprihatinkan adalah bahwa ada 85,4 persen perokok aktif merokok di dalam rumah bersama anggota keluarga, sehingga dapat berakibat buruk terhadap kesehatan anggota keluarga. untuk membeli rokok jauh di atas rata-rata pengeluaran untuk bahan makanan seperti protein, sayur atau yang lain. Pengaruh rokok terhadap kesehatan tidak hanya bagi perokok aktif namun juga orang-orang yang berada disekitar perokok, yang dinamakan perokok pasif. Bagi perokok aktif pengaruh rokok terhadap kesehatannya tergantung pada jumlah dan lama seseorang mengkonsumsi rokok. Semakin lama dan banyak seseorang mengkonsumsi rokok maka semakin banyak pengaruh kesehatan yang akan ditimbulkan. Seseorang dikatakan sebagai perokok ringan bila rokok yang dihisap kurang dari 10 batang/hari, perokok

sedang bila rokok yang dihisap 11-20 batang/hari, dan sebagai perokok berat bila mengkonsumsi rokok lebih dari 21 batang/hari.

2. Pola makan sehat dan seimbang

Pola makanan sehat dan seimbang dinilai dari konsumsi sayur dan buah, konsumsi makanan yang berisiko dan makanan yang bertepung (Riskesdas 2013)..

1) Konsumis sayur dan buah

Informasi frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah dikumpulkan dengan menghitung jumlah hari konsumsi dalam seminggu dan jumlah porsi rata-rata dalam sehari. Penduduk dikategorikan 'cukup' mengonsumsi sayur dan/atau buah apabila makan sayur dan/atau buah minimal 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan/atau buah kurang dari ketentuan di atas.

2) Pola konsumsi makanan yang berisiko

Perilaku konsumsi makanan berisiko, antara lain kebiasaan mengonsumsi makanan/minuman manis, asin, berlemak, dibakar/panggang, diawetkan, berkafein, dan berpenyedap adalah perilaku berisiko penyakit degeneratif. Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan 'sering' apabila penduduk mengonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari.

3) Pola konsumsi makanan yang bertepung

Perilaku mengonsumsi makanan jadi dari olahan tepung juga dikumpulkan pada Riskesdas 2013. Makanan olahan dari tepung dicurigai

mengandung bahan atau lapisan lilin, dan bahan pengawet. Contoh makanan jadi olahan dari tepung adalah mi instan, mi basah, roti dan biskuit.

3. Aktivitas fisik teratur

Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat untuk mengatur berat badan serta menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Dikumpulkan data frekuensi beraktivitas fisik dalam seminggu. Aktivitas fisik berat adalah kegiatan yang secara terus menerus melakukan kegiatan fisik minimal 10 menit sampai meningkatnya denyut nadi dan napas lebih cepat dari biasanya (misalnya menimba air, mendaki gunung, lari cepat, menebang pohon, mencangkul, dll) selama minimal tiga hari dalam satu minggu dan total waktu beraktivitas ≥ 1500 MET minute. MET minute aktivitas fisik berat adalah lamanya waktu (menit) melakukan aktivitas dalam satu minggu dikalikan bobot sebesar 8 kalori. Aktivitas fisik sedang apabila melakukan aktivitas fisik sedang (menyapu, mengepel, dll) minimal lima hari atau lebih dengan total lamanya beraktivitas 150 menit dalam satu minggu. Selain dari dua kondisi tersebut termasuk dalam aktivitas fisik ringan (WHO GPAQ, 2012; WHO STEPS, 2012).

Dalam Riskesdas (2013) ini kriteria aktivitas fisik "aktif" adalah individu yang melakukan aktivitas fisik berat atau sedang atau keduanya, sedangkan kriteria 'kurang aktif' adalah individu yang tidak melakukan aktivitas fisik sedang ataupun berat. Perilaku sedentari adalah perilaku duduk atau berbaring dalam sehari-hari baik di tempat kerja (kerja di depan komputer, membaca, dll), di

rumah (nonton TV, main game, dll), di perjalanan /transportasi (bis, kereta, motor), tetapi tidak termasuk waktu tidur.

Penelitian di Amerika tentang perilaku sedentari yang menggunakan cut off points <3 jam, 3-5,9 jam, ≥ 6 jam, menunjukkan bahwa pengurangan aktivitas sedentari sampai dengan <3 jam per hari dapat meningkatkan umur harapan hidup sebesar 2 tahun (Katzmarzyk & Lee 2012). Perilaku sedentari merupakan perilaku berisiko terhadap salah satu terjadinya penyakit penyumbatan pembuluh darah, penyakit jantung dan bahkan mempengaruhi umur harapan hidup.

2.5 Kebaharuan Penelitian

Penjelasan Faktor personal menurut Bandura (2004) terdiri dari self efikasi dan self regulasi. Dan faktor lingkungan Menurut (Bandura 2006 dalam Careers Stewart et al. 2006) bahwa tidak ada secara khusus elemen lingkungan itu apa. Hanya saja *envioronmental* dapat *dicreate* untuk mendukung keberhasilan suatu perubahan social. Bandura memberikan keleluasan kepada peneliti untuk merubah, menyusun dan mengkreasikan sendiri lingkungan yang sekiranya dapat mendukung program sesuai bidangnya. Teori yang mendukung adalah teori *proceed proceed* yang dapat menjadi indikator faktor lingkungan adalah dukungan keluarga, teman sebaya dan perilaku petugas kesehatan yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Green 1991 dalam Nursalam 2013).

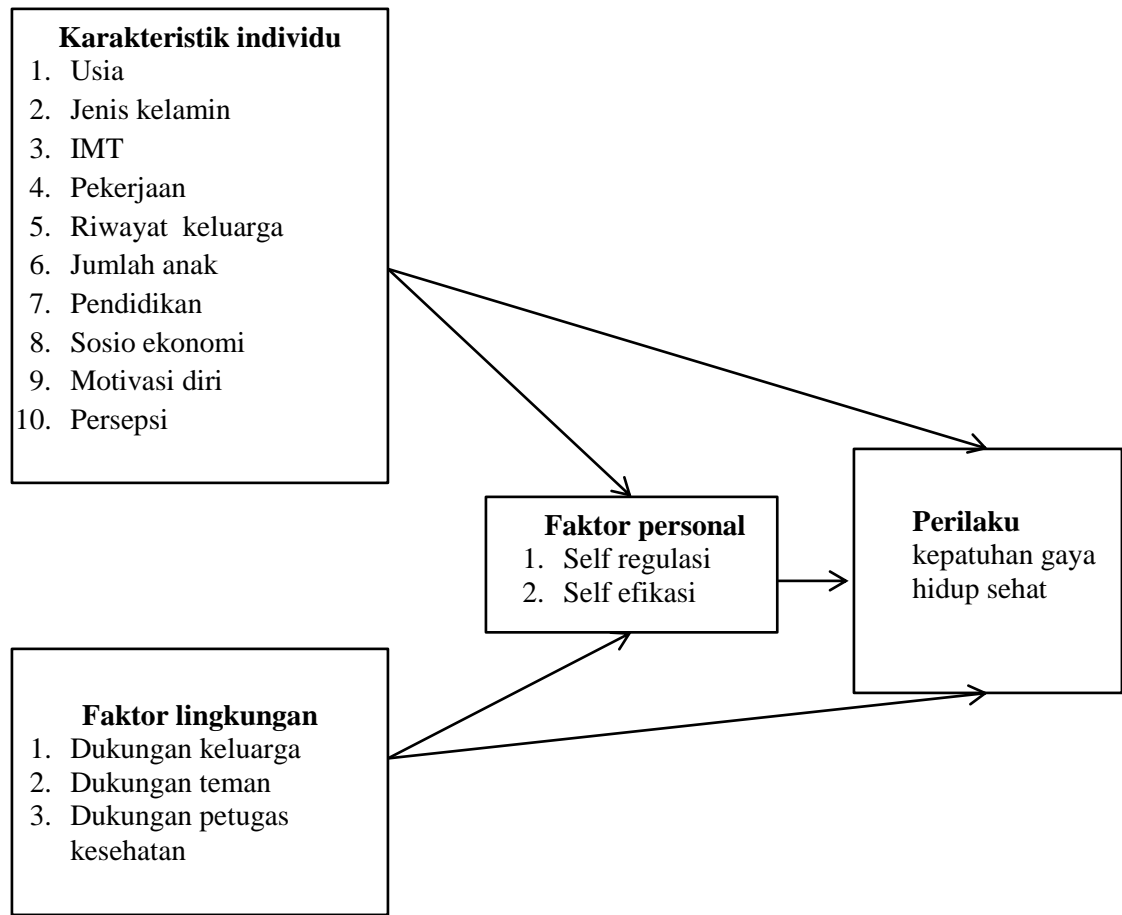
Faktor personal menurut Bandura dengan Pender dalam teori *Health Promotion Model* berbeda. Menurut Pender dalam *health promotion model factor* personal terdiri dari usia, IMT, jenis kelamin, pendidikan, socio ekonomi, motivasi diri, persepsi terhadap penyakit dan indikator ini dapat dikelompokkan dalam karakteristik. Persepsi dan motivasi merupakan karakteristik individu dalam teori Caplan (2001) dalam Nursalam (2013) sehingga usia, IMT, jenis kelamin, pendidikan, sosio ekonomi, motivasi diri, persepsi dan digabungkan dengan karakteristik lainnya yang berpengaruh terhadap hipertensi adalah riwayat penyakit dan jumlah anak. Di dalam teori *Health Promotion health* bahwa karakteristik individu mempengaruhi self efikasi. Hal ini didukung oleh pernyataan Bandura (2004) sendiri bahwa self efikasi dipengaruhi oleh Jenis kelamin, usia dan tingkat pendidikan. Penelitian yang dilakukan oleh Kalaycıoğlu (2015) bahwa ada pengaruh antara self efikasi dengan sosial ekonomi. Bahwa semakin bagus sosio ekonomi seseorang maka self efikasinya juga bagus. Penelitian pendukung lainnya bahwa motivasi dan persepsi mempengaruhi self efikasi seseorang (Mardiana, Sipasulta and Albertina, 2017). Penelitian pendukung bahwa dukungan sosial sangat berpengaruh terhadap self efikasi (Heiss and Petosa, 2016). Dari teori sosial kognitif bahwa self efikasi menentukan perubahan perilaku. Self regulasi dalam teori kognitif social dipengaruhi oleh factor lingkungan dimana factor lingkungan terdiri dari dukungan social, teman dan petugas kesehatan. Akan tetapi self regulasi juga dipengaruhi oleh beberapa factor diantaranya Faktor Eksternal adalah

lingkungan dan internal adalah karakteristik individu Menurut Stone, Schunk & Swartz (Cobb 2003 dalam Fasikhah 2013).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual model peningkatan kepatuhan berbasis *social cognitive theory* pada pasien hipertensi

Social cognitive theory terdiri dari 3 komponen yaitu faktor personal, faktor lingkungan dan perilaku. Ketiga komponen ini saling mempengaruhi satu sama lain. Perubahan suatu perilaku menurut *social cognitive theory* adalah karena adanya

pengaruh faktor personal dan faktor lingkungan atau faktor lingkungan mempengaruhi faktor personal dan faktor personal mempengaruhi perilaku. Faktor personal menurut *social cognitive theory* terdiri dari self efikasi dan self regulasi sedangkan menurut teori *healt promotion model* faktor personal terdiri dari jumlah anak, sosio ekonomi, motivasi dan persepsi terhadap penyakit. Faktor lingkungan menurut teori *preceed proceed* adalah dukungan sosial, dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan. Menurut teori Caplan (2001) dalam Nursalam (2013) bahwa motivasi dan persepsi masuk kedalam karakteristik individu dan faktor personal di *healt promotion model* mempengaruhi self efikasi dan self regulasi.

Pengembangan model dari *social cognitive theory* ini dimana kepatuhan dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor lingkungan dan faktor personal. Proses perubahan terjadi ketika karakteristik mempengaruhi faktor personal dan faktor personal mempengaruhi kepatuhan dan faktor lingkungan mempengaruhi faktor personal kemudian faktor personal mempengaruhi kepatuhan. Bisa secara langsung karakteristik individu mempengaruhi kepatuhan gaya hidup sehat atau faktor lingkungan secara langsung bisa mempengaruhi kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi.

3.2 Hipotesis

1. Ada hubungan karakteristik dengan faktor personal pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.
2. Ada hubungan karakteristik pasien dengan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.
3. Ada hubungan faktor lingkungan dengan faktor personal pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.
4. Ada hubungan faktor lingkungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima
5. Ada hubungan faktor personal dengan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif non eksperimen. Jenis pendekatan yang peneliti gunakan adalah jenis pendekatan analisis deskriptif dengan penelitian *explanatory research* dan menggunakan metode survey. Penelitian *explanatory research* merupakan penelitian yang menjelaskan hubungan antara variabel X dan Y (Sani & Vivin 2013). Metode survey adalah metode yang mengambil data dari satu populasi dan menggunakan kuisisioner sebagai pengumpulan data (Nursalam 2013).

4.2 Populasi, Sampel dan Tehnik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien hipertensi yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kota Bima. Jumlah populasi hipertensi dari pasien baru sampai pasien lama (Januari sampai Desember 2017) sebanyak 7552 pasien dari 5 Puskesmas yang ada di Kota Bima.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah yang masuk dalam kriteria inklusi sudah ditetapkan oleh peneliti antara lain:

1. Usia 19-65 tahun
2. Pasien yang terdiagnosa hipertensi
3. Tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg dan diastole ≥ 90 mmHg
4. Pasien hipertensi yang berobat ke Puskesmas
5. Minimal tamatan Sekolah Dasar

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Klien dirawat inap di Puskesmas
2. Klien dengan gangguan kognitif

4.2.3 Besar sampel

Besarnya sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus perhitungan besar sampel yang di temukan oleh Lameshow et al. (1990) dan rumus ini biasa digunakan dalam dunia kesehatan. Beberapa penelitian model yang pernah menggunakan rumus ini adalah Fadhila A (2017) dalam Erikson et al. (2009) dalam model regresi.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{7552 \cdot 1,96^2 \cdot 0,8 \cdot 0,2}{0,05^2 (7552-1) + 1,96^2 \cdot 0,8 \cdot 0,2}$$

$$n = 238,1410302688 \text{ dibulatkan menjadi } 239$$

Keterangan:

n = Perkiraan besar sampel

N = Perkiraan besar populasi

z = Nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

$p = 0,8$ didapatkan dari studi pendahuluan dari 10 orang terdapat 8 orang yang tidak patuh

$q = 1 - p (100\% - p) = 0,2$

$d =$ Tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,05$)

4.2.3 Teknik sampling

Pada penelitian ini peneliti menggunakan *probability sampling*, yaitu *sample random sampling*. Responden dipilih secara acak berdasarkan pasien yang nomor ganjil pada setiap pasien hipertensi yang berkunjung. Sampel yang diperlukan untuk masing-masing Puskesmas yang dihitung dengan menggunakan alokasi proporsional adalah sebagai berikut (Supriyadi 2014) :

$$n_i = \frac{N_h}{N} \times n$$

Keterangan:

N_i : Besar sampel masing-masing Puskesmas

N : Besar populasi

N_h : Populasi masing-masing Puskesmas

Tabel 4.1 Proporsi sampel pada masing-masing Puskesmas penelitian peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi dengan pendekatan model berbasis *social cognitive theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima

No	Puskesmas	N_h	N	n	n_i
1	Puskesmas Paruga	2730	7552	239	86
2	Puskesmas Mpunda	1938	7552	239	61
3	Puskesmas Rasanae Timur	996	7552	239	32
4	Puskesmas Penanae	264	7552	239	8
5	Puskesmas Asakota	1626	7552	239	52
Total		7552		239	

Keterangan :

W_h : Alokasi proporsional

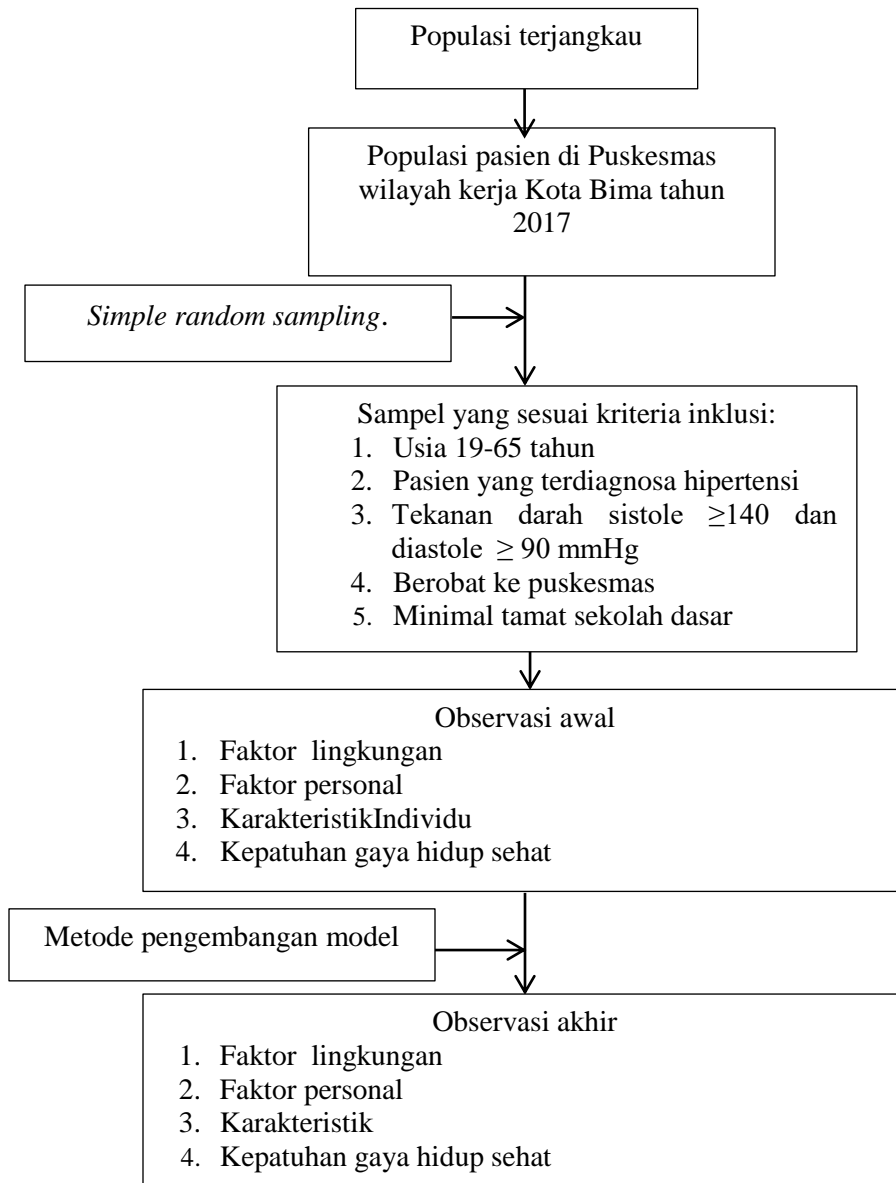
N : Besar populasi

Nh : Populasi masing-masing strata

n : Besar sampel

ni : Besar sampel tiap puskesmas

4.3 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka operasional pengembangan model peningkatan kepatuhan berbasis *social cognitive theory* pada Pasien hipertensi di Puskesmas Kota Bima

4.4 Identifikasi Variabel

Tabel 4.2 Variabel penelitian peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi dengan pendekatan model berbasis *social cognitif theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima

Variabel	Keterangan	Indikator
Y1	Perilaku	Y1 Kepatuhan gaya hidup sehat
X1	Karakteristik	X1.1 Usia X1.2 Jenis kelamin X1.3 Pendidikan X1.4 sosio ekonomi X1.5 IMT X1.6 Motivasi X1.7 Persepsi terhadap penyakit X1.8 Pekerjaan X1.9 Riwayat keluarga X1.10 Jumlah anak
X2	Faktor lingkungan	X2.1 Dukungan teman X2.2 Dukungan keluarga X2.3 Dukungan petugas kesehatan
X3	Faktor personal	X3.1 Self efikasi X3.2 Self regulasi

Variabel dalam penelitian ini adalah perilaku terdiri tingkat kepatuhan gaya hidup sehat, kemudian karakteristik individu pasien terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, sosio ekonomi, IMT, motivasi dan persepsi terhadap penyakit. faktor personal terdiri dari self efikasi dan self regulasi. Faktor lingkungan terdiri dari dukungan teman, dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional bertujuan untuk menciptakan variabel yang jelas dan terukur dan memudahkan pembaca untuk mengartikan variabel dalam penelitian.

Tabel 4.3 Definisi operasional peningkatan kepatuhan dengan pendekatan model berbasis *social cognitif theory* pada pasien hipertensi

Variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Perilaku Y1					
Kepatuhan gaya hidup sehat (Y1.1)	Perilaku dalam melakukan aktifitas yang sesuai, menjaga pola makan dan tidak merokok	Diadopsi dari kuesioner Riskesdas 2013	Kuesioner	Ordinal	3 = Tidak patuh 2 =Kurang patuh 1 =Patuh
Karakteristik Individu X1					
X1.1 Usia	Tahun, bulan dan tanggal mulai dari lahir sampai dengan saat ini	Sesuai KTP	Kuesioner	Ordinal	Depkes RI 2007 1=Remaja akhir (19-25 tahun) 2=Dewasa awal (26-35 tahun) 3=Dewasa akhir (36-45) tahun 4=Lansia awal (46-55) 5=Lansia akhr (56-65)
X1.2 Jenis kelamin	Pembagian jenis kelamin yang ditentukan secara biologis	Sesuai KTP	Kuesioner	Nominal	1= Perempuan 2= Laki-laki
X1.3 Pendidikan	Pendidikan terakhir	Ijasah terakhir	Kuesioner	Ordinal	1=Pendidikan dasar 2=Pendidikan menengah 3=Perguruan Tinggi

X1.4 Sosio ekonomi	Penghasilan perbulan	Sesuai peghasilan perbulan	Kuesioner	Ordinal	1= Kurang 2= Cukup 3= Lebih
X1.5 IMT	Berat badan sesuai Tinggi badan dalam (kg) dibagi dengan kuadrat dan tinggi dalam meter (Kg/m^2)	Berat badan diukur menggunakan timbangan dan tinggi badan menggunakan meteran	Kuesioner	Ordinal	Standar Depkes 2013 1= Kurus 2= Normal 3=Lebih (gemuk) 4= Obesitas
X1.6 Motivasi diri	Keinginan kuat klien hipertensi untuk melakukan perilaku patu terhadap gaya hidup sehat	Motivasi Internal Pola makan Aktifitas fisik Merokok	Kuesioner	Ordinal	3= Rendah 2= Sedang 1= Kuat
X1.7 Persepsi terhadap penyakit	Gambaran tentang penyakit yang dialami oleh pasien hipertensi	Representative kognitif Representatif positif	Modifikasi <i>Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)</i>	Ordinal	2= Negatif 1= Positif
X1.8 Pekerjaan	Profesi sehari-hari	KTP	Kuesioner	Ordinal	1= Buruh 2=Petani 3=Ibu rumah tangga 4= Guru
X1.9 Riwayat penyakit Hipertensi	Anggota keluarga yang memiliki penyakit hipertensi	Pertanyaan terbuka	Kuesioner	Ordinal	2= Ada 1= Tidak ada
X1.10 Jumlah anak	Jumlah anak kandung	Pertanyaan terbuka	Kuesioner	Ordinal	Dari BKKBN 2= Parietas rendah (jumlah anak 0-2) 1=Parietas tinggi) jumlah anak >2 =2
Faktor lingkungan X2					
X2.1 Dukungan	Memberikan sesuatu yang	Dukungan persahabatan,	Kuesioner Social Support	Ordinal	3=Rendah 2=Sedang

Keluarga	dibutuhkan oleh pasien hipertensi baik itu dari teman maupun sahabat agar patuh terhadap gaya hidup sehat	dukungan instrument, dukungan emosi terdiri dari 8 item	(MSPSS)		1=Kuat
X2.2 Dukungan teman	Memberikan sesuatu yang dibutuhkan oleh klien dari orang tua, anak, saudara atau suami/istri maupun agar pasien mampu patuh pada gaya hidup sehat	Social Support (MSPSS)	Kuesioner	Ordinal	3= Rendah 2= Sedang 1= Kuat
X2.3 Dukungan petugas kesehatan	Memberikan sesuatu yang dibutuhkan oleh pasien agar pasien hipertensi dapat patuh terhadap gaya hidup sehat	the Health Literacy Questionnaire (HLQ)	Kuesioner	Ordinal	3= Rendah 2= Sedang 1= Kuat
X3 Faktor personal					
X3.1 Self efikasi	Keyakinan dalam diri seseorang bahwa beratitas yang teratur, tidak merokok dan menjaga pola makan dapat bermanfaat	Fungsi kognitif, fungsi motivasi, fungsi afektif dan fungsi selektif, soal 10 item	Kuesioner <i>Smoking abstinence self efficacy Quesioner</i> (SASEQ) dan <i>Self-efficacy scales</i> Bandura	Ordinal	3= Rendah 2= Sedang 1= Kuat

	bagi kesehatan dirinya				
X3.2 self regulasi	Perilaku untuk mengontrol dan menilai aktifitas, pola makan dan merokok	pengamatan, penilaian Respon diri terdiri dari 10 item	Kuesioner <i>Self-Regulation of Eating Behaviour Questionnaire, Exercise Self-Regulation Questionnaire (SRQ-E) dan Smoking Cessation Self-Regulation</i>	Ordinal	3=Rendah 2=Sedang 1=Kuat

4.6 Instrumen Penelitian

Untuk mengukur variabel dependen yaitu kepatuhan gaya hidup sehat peneliti menggunakan instrument dari Riskesdas (2013) dengan jumlah pertanyaan 15 yang bersifat negatif.

Untuk mengukur variabel independen peneliti menggunakan instrument motivasi gaya hidup pada pasien hipertensi dengan 14 pertanyaan yang terdiri dari pernyataan positif dan negatif. Pernyataan positif terdapat pada nomor 3,4,8,11,14 dan pernyataan negatif terdapat pada nomor 1,2,5,6,7,9,10,12,13. Untuk variabel independen dari persepsi terhadap penyakit, menggunakan instrument yang dimodifikasi dari *illness perception questioner-revised (IPQ-R)* dari Rona moss-Morris. Pada penelitian ini peneliti menggunakan 9 item pertanyaan terdiri dari pernyataan yaitu positif dan negatif. Pernyataan positif terdapat pada nomor 4,8 dan pernyataan negatif terdapat pada nomor 1,2,3,5,6,7,9.

Untuk mengukur variabel independen faktor lingkungan peneliti menggunakan menggunakan instrument *multidimensional scale of perceived*

social support dari Zimet 2005 untuk mengukur dukungan keluarga dan instrument *healt literacy questioner* untuk mengukur dukungan petugas kesehatan. Terdapat 15 pertanyaan dalam bentuk pernyataan positif.

Untuk mengukur variabel independen faktor personal peneliti menggunakan instrumen *smoking cessation self-regulation* dikembangkan oleh Geoffrey et.al (1996), *eating behavior self regulation questioner (SREBQ* dan *self regulation exercise questioner* yang dikembangkan oleh Friederich (2015) untuk mengukur self regulasi. Terdiri dari 10 pertanyaan dimana pernyataan positif terdapat pada nomor 2,4,5,6,7,8,9,10 dan pernyataan negatif pada nomor 1 dan 3. Untuk Self efikasi peneliti menggunakan instrument dari self efikasi perilaku merokok (Spek et al. 2013), *self efficacy exercise* dari Neupert, Lacman, & Whitbourne (2015) yang memodifikasi skala self efikasi Bandura (Bandura 1997) dan pola makan diet self efikasi diukur dengan menggunakan survei kepercayaan kebiasaan makan dikembangkan oleh Sallis, et al. (2013). Total terdapat 10 pernyataan yang bersifat positif.

4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.7.1 Pengujian instrument

1. Uji validitas

Instrumen untuk mengukur variabel dependen kepatuhan gaya hidup sehat sudah dilakukan uji validitas dan dinyatakan semua item sudah valid dengan nilai *corrected item total correlation* antara 0,639-0,941 atau nilai signifikan dari 15 item $T \text{ tabel} \leq T \text{ hitung}$, dimana $T \text{ tabel}$ untuk 20 sampel

dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instumen untuk mengukur variabel independen motivasi diri sudah dilakukan uji validitas dengan hasil nilai *corrected item total correlation* antara 0,793-0,980 atau nilai signifikan dari 14 item $T \text{ tabel} \leq t \text{ hitung}$, dimana $T \text{ tabel}$ untuk 20 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instrumen untuk mengukur variabel independen dari faktor personal menggunakan kuesioner self efikasi dan self regulasi masing-masing terdiri dari 10 item sudah dilakukan uji validitas dan dinyatakan semua item sudah valid dengan *corrected item total correlation* antara 0,639-0,978 atau nilai signifikan dari 10 item $T \text{ Tabel} \leq T \text{ hitung}$, dimana $T \text{ tabel}$ untuk 20 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instrumen untuk mengukur variabel independen faktor lingkungan menggunakan kuesioner dukungan keluarga, petugas kesehatan dan dukungan sosial yang terdiri dari 15 item sudah dilakukan uji validitas dan dinyatakan semua item yang tertera pada lampiran 1 sudah valid dengan nilai *corrected item total correlation* antara 0,657-0,829 atau nilai signifikan dari 16 item $T \text{ Tabel} \leq T \text{ hitung}$, dimana $T \text{ tabel}$ untuk 20 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instrumen untuk mengukur variabel independen persepsi yang terdiri dari 9 item sudah dilakukan uji validitas dan dinyatakan semua item yang tertera pada lampiran 1 sudah valid dengan nilai *corrected item total correlation* antara 0,460-0,923 atau nilai signifikan dari 9 item $T \text{ Tabel} \leq T$ hiung, dimana T tabel untuk 20 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

2. Uji reliabilitas

Reliabilitas dari variabel karakteristik individu menggunakan kuesioner motivasi diri dengan nilai reliabilitas dilihat dari nilai *crobach's Alpha*= 0.783 masuk dalam kriteria cukup, kuesioner persepsi *crobach's Alpha*= 0.773 kriteria cukup. Reliabilitas dari variabel faktor personal dari kuesioner self efikasi *crobach's Alpha* = 0.778 kategori cukup, kuesioner self regulasi *crobach's Alpha* = 0.788 kategori cukup. Reliabilitas dari variabel faktor lingkungan menggunakan instrumen kuesioner dukungan *crobach's Alpha*= 0.798 dan reliabilitas dari variabel perilaku menggunakan kuesioner kepatuhan gaya hidup sehat *crobach's Alpha*= 0.783 kategori cukup.

4.8 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data

Lokasi dan waktu pengambilan data sudah dilaksanakan dari tanggal 20 Februari sampai 7 Maret 2018 di seluruh Puskesmas di wilayah kerja Kota Bima berjumlah 5 Puskesmas.

4.9 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang peneliti lakukan sebagai berikut:

1. Proses pengambilan data dilakukan di 5 Puskesmas di Kota Bima dari tanggal 20 Februari sampai dengan 7 Maret 2018. Pengambilan data tidak dilakukan secara bersamaan melainkan satu persatu.
2. Teknik pengambilan data dilakukan dengan cara setiap pasien yang masuk diruang pemeriksaan akan dilakukan pengukuran tekanan darah dan dilakukan pengecekan diagnosa pasien. Apabila pasien didagnosa hipertensi yang didukung dengan hasil pengukuran tekanan darah dan sesuai kriteria inklusi maka pasien akan diarahkan untuk dilakukan observasi. Pasien yang diarahkan untuk diwawancarai adalah pasien yang nomor urut ganjil.
3. Pengambilan data pertamakali di Puskesmas Penanae dilakukan pada tanggal 20 Februari 2018 dari jam 7 pagi sampai dengan 9 pagi. Pengambilan data dilakukan selama 1 hari dengan jumlah responden yang diperoleh ada 8.
4. Proses pengambilan data ke 2 di Puskesmas Rasanae Timur dengan besar sampel 32 dimulai tanggal 20 Februari 2018 pada jam 9.30 pagi sampai dengan jam 1 siang dengan 12 responden. Pada tanggal 21 Februari 2018 sebanyak 11 responden, pada tanggal 22 Februari 2018 3 responden dan tanggal 23 sebanyak 6 responden.
5. Proses pengambilan data ke 3 di Puskesmas Paruga dengan besar sampel 86 responden dimulai pada tanggal 24 Februari 2018 dari jam 7 pagi sampai dengan jam 1 siang. Pada tanggal 24 Februari 2018 peneliti memperoleh 31

responden, bertepatan dengan kegiatan olahraga khusus pasien hipertensi dan DM dengan ditambah dengan pasien poli lansia dan dewasa. Pada tanggal 26 Februari 2018 peneliti memperoleh 24 responden, pada tanggal 27 Februari 2018 peneliti memperoleh 16 responden dan pada tanggal 28 Februari 2018 peneliti memperoleh 15 responden.

6. Proses pengambilan data ke 4 dilakukan di Puskesmas Mpunda dengan besar sampel 61 dilakukan pada jam 7 pagi sampai dengan jam 1 siang mulai tanggal 1 Maret 2018 dengan diperoleh 13 responden. Pada tanggal 2 Maret 2018 memperoleh 16 responden, pada tanggal 3 Maret 32 responden.
7. Pengambilan data ke 5 dilakukan di Puskesmas Asakota dengan besar sampel 52 responden dimulai dari jam 7 pagi sampai dengan jam 1 siang pada tanggal 5 Maret 2018 memperoleh 14 responden, pada tanggal 6 Maret 2018 memperoleh 15 responden dan pada tanggal 7 Maret 2018 memperoleh 23 responden.

4.10 Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan PLS dimana langkah pertama yang dilakukan adalah mengukur model persamaan struktural dengan melakukan evaluasi model dilihat dari nilai *outor loading* dengan nilai >0.5 dikatakan valid yang dilihat adalah indikator penyusun dari semua variabel baik itu dependen maupun independen. Kemudian indikator penyusun dari variabel dependen maupun independen ada yang tidak valid maka dikeluarkan dari variabel dan kemudian diuji kembali.

Selanjutnya peneliti melakukan evaluasi *inner model* dari variabel yang sudah valid tadi bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel-variabel dalam penelitian yaitu hubungan faktor karakteristik individu dengan kepatuhan, karakteristik individu dengan faktor personal, faktor personal dengan kepatuhan, faktor lingkungan dengan faktor personal dan faktor lingkungan dengan kepatuhan, yaitu dengan mendapatkan nilai *R square* atau koefisien determinasi.

4.11 Ethical Clearence (Kelayakan Etik)

Kelayakan etik dalam penelitian ini dilakukan oleh komite etik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan hasil telah lolos kaji uji etik nomor: 656-KEKP dengan mempertimbangkan 3 prinsip etik, 7 standar etik dan 25 pedoman etik.

1. *Informed concent*

Peneliti menerangkan tentang manfaat ikut sebagai subyek penelitian, bahaya yang ditimbulkan dan prosedur penelitian.

2. *Veracity and fidelity*

Peneliti mengatakan kebenaran mengenai penelitian yang dilakukan kepada responden dan tidak membuat informasi yang bersifat tidak benar.

3. *Autonomy and freedom*

Peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk memutuskan bersedia atau tidak menjadi responden. Jika calon responden atau partisipan bersedia mengikuti penelitian maka dapat menandatangani lembar persetujuan dengan tidak memaksakan terhadap subyek.

4. *Confidentiality*

Pihak Puskesmas tidak diperkenankan untuk melihat data-data yang telah dikumpulkan baik itu identitas responden dibuat dalam bentuk kode, hasil pengukuran hanya peneliti dan kolektor data yang mengetahui. Selama proses pengolahan data, analisis dan publikasi identitas responden tidak diketahui oleh orang lain. Semua data disimpan selama kurun waktu 1 tahun dan setelah itu dihancurkan.

5. *Beneficiency and Nonmaleficiency*

Dalam akhir wawancara setiap responden selalu diberikan berupa pendidikan kesehatan dari kuesioner yang ada dan diberikan souvenir berupa sabun cair dan gula total 20.000 ribu 1 orang. Peneliti Memperhatikan kesejahteraan subjek dengan selalu waspada selama pengambilan data, dan menghentikan jika terjadi hal yang mengganggu kesejahteraan subyek, seperti subyek merasa pusing, berdebar-debar, atau badan terasa lemas. Subyek Memberikan kesempatan kepada subyek untuk memutuskan apakah melanjutkan atau menunda proses pengambilan data.

6. *Justice.*

Peneliti memperlakukan adil kepada semua responden dan menjamin tidak ada subyek yang diperlakukan tidak adil .

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab 5 peneliti akan menguraikan hasil penelitian meliputi lokasi penelitian, karakteristik individu (usia, jenis kelamin, indeks massa tubuh, pekerjaan, riwayat penyakit hipertensi, jumlah anak, pendidikan, sosio ekonomi atau pendapatan, motivasi dan persepsi), faktor personal (self efikasi dan self regulasi), Faktor lingkungan (dukungan keluarga, dukungan teman dan dukungan petugas kesehatan) dan perilaku kepatuhan gaya hidup sehat.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di 5 Puskesmas Pusat yang tersebar di 5 Kecamatan antara lain Puskesmas Paruga, Puskesmas Asa kota, Puskesmas Penanae, Puskesmas Rasanae Timur dan Puskesmas Mpunda. Jenis pelayanan di Puskesmas Kota Bima yang melayani penyakit hipertensi ada di Poli Dewasa dan Lansia. Pelayanan diberikan di Poli Lansia dan Dewasa selama 6 hari kerja dari hari senin sampai sabtu dengan kasus terbanyak hipertensi. Pada tahun 2016 Puskesmas kota Bima menangani penderita hipertensi sebanyak 6502 dan pada tahun 2017 meningkat menjadi 7552.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Nilai perilaku kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi

Dibawah ini nilai perilaku kepatuhan gaya hidup sehat yang diperoleh dari 5 Puskesmas (Paruga, Asa kota, Penanae, Rasanae Timur dan Mpunda) sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi kepatuhan gaya hidup pada pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Kepatuhan gaya hidup sehat	Frekuensi f(x)	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Tidak patuh	47	19.7	$p \geq 0,05$ $p = 0.166$
	Kurang patuh	171	71.5	
	Patuh	21	8.8	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai kepatuhan gaya hidup sehat dari 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki gaya hidup sehat kurang patuh dan dilanjutkan dengan uji homogenitas data dengan hasil $p = 0.166$ yang berarti hasil dari instrumen untuk menilai kepatuhan gaya hidup sehat dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

5.2.2 Nilai karakteristik individu pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi

Data karakteristik dibawah ini terdiri dari usia yang dinilai berdasarkan standar usia dari Departemen Kesehatan RI dengan karakteristik hasil dapat dilihat pada tabel 5.2, karakteristik hasil jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 5.3, untuk karakteristik hasil pendidikan dapat dilihat pada tabel 5.4, untuk menilai sosio ekonomi (pendapatan) peneliti menggunakan standar dari UMR Kota Bima sebesar 1.800.000 karakteristik hasil dapat dilihat pada tabel 5.5, untuk menilai indeks massa tubuh (IMT) peneliti menggunakan standar dari Departemen Kesehatan RI tahun 2010 yang dikelompokkan menjadi 4 kategori yaitu kurus, normal, gemuk dan sangat gemuk dengan karakteristik hasil dapat dilihat pada tabel 5.6, karakteristik hasil motivasi dapat dilihat pada tabel 5.7, karakteristik hasil persepsi dapat dilihat pada tabel 5.8, untuk karakteristik hasil pekerjaan

dapat dilihat pada tabel 5.9, untuk karakteristik hasil riwayat penyakit hipertensi dapat dilihat pada tabel 5.10, untuk karakteristik hasil jumlah anak peneliti menggunakan klasifikasi berdasarkan BKKBN tahun 2017 yang terdiri dari 2 kategori yaitu parietas rendah dan tinggi dapat dilihat pada tabel 5.11. Data karakteristik individu didapatkan di 5 Puskesmas (Paruga, Asa kota, Penanae, Rasanae Timur dan Mpunda).

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi usia pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Usia	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	19-25 tahun	0	0	$p \geq 0,05$ $p = 0.538$
	26-35 tahun	0	0	
	36-45 tahun	54	22.6	
	46-55 tahun	102	42.7	
	56-65 tahun	83	34.7	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai usia pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar berusia 46-55 tahun dan dilanjutkan dengan uji homogenitas data dengan hasil $p = 0.538$ yang berarti data bersifat homogen dimana hasil dari instrumen untuk menilai usia dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi jenis kelamin pada kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Jenis kelamin	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Perempuan	153	64.0	$p \geq 0,05$ $p = 0.443$
	Laki-laki	86	36.0	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai usia pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar berjenis kelamin perempuan dan dilanjutkan dengan uji homogenitas data

dengan hasil $p = 0.443$ yang berarti data bersifat homogen dimana hasil dari instrumen untuk menilai jenis kelamin dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi pendidikan pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Pendidikan	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Pendidikan dasar	105	43.9	$p \geq 0.05$ $p = 0.241$
	Pendidikan menengah	129	54.0	
	Perguruan tinggi	5	2.1	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai pendidikan pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar berpendidikan menengah dilanjutkan dengan uji homogenitas data dengan hasil $p = 0.241$ yang berarti data bersifat homogen dimana hasil dari instrumen untuk menilai pendidikan dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi sosial ekonomi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Sosial ekonomi	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Kurang	110	46.0	$p \geq 0.05$ $p = 0.243$
	Cukup	98	41.0	
	Lebih	31	13.0	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai sosial ekonomi pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar berpendapatan kurang dari UMR yaitu 1.800.000 dan selanjutnya diuji homogenitas data $p = 0.243$ yang berarti hasil dari instrumen untuk menilai social ekonomi dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi IMT pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	IMT	Frekuensi f(x)	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Kurus	4	1.7	$p \geq 0.05$ $p = 0.939$
	Normal	101	42.3	
	Gemuk	29	12.1	
	Sangat gemuk (obesitas)	105	43.9	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai Index Massa Tubuh (IMT) pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki IMT kategori sangat gemuk dan selanjutnya di uji homogenits data $p = 0.939$ yaitu homogen yang berarti hasil dari intrumen untuk menilai IMT dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi motivasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Motivasi	Frekuensi f(x)	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Lemah	63	26.4	$p \geq 0.05$ $p = 0.501$
	Sedang	147	61.5	
	Kuat	29	12.1	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki motivasi dalam kategori sedang dan selanjutnya dilakuka uji homogenitas data dengan nilai $p = 0.501$ yaitu homogen yang berarti hasil dari intrumen untuk menilai motivasi dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.8 Distribusi frekuensi persepsi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Persepsi	Frekuensi f(x)	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Positif	217	90.8	$p \geq 0.05$ $p = 0.00$
	Negatif	22	9.2	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki persepsi dalam kategori positif dan selanjutnya dilakukan uji homogenitas data dengan nilai $p = 0.000$ yaitu tidak homogen yang berarti hasil dari instrumen untuk menilai persepsi tidak dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.9 Distribusi frekuensi pekerjaan pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Pekerjaan	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Petani	59	24.7	$p \geq 0.05$ $p = 0.514$
	IRT (Ibu rumah tangga)	119	49.8	
	Swasta	46	19.2	
	PNS	15	6.3	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar bekerja sebagai ibu rumah tangga dan selanjutnya dilakukan uji homogenitas data dengan $p = 0.514$ yaitu homogen yang berarti hasil dari instrumen untuk pekerjaan dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.10 Distribusi frekuensi riwayat penyakit pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Riwayat hipertensi	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Ada	59	24.7	$p \geq 0.05$ $p = 0.409$
	Tidak	180	75.3	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai dari 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar tidak memiliki riwayat hipertensi dan selanjutnya dilakukan uji homogenitas data

dengan $p = 0.409$ yaitu homogen yang berarti hasil dari instrumen untuk menilai riwayat penyakit hipertensi dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.11 Distribusi frekuensi jumlah anak pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Jumlah anak	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Parietas rendah (0-2)	46	19.2	$p \geq 0.05$ $p = 0.466$
	Parietas tinggi (>2)	193	80.8	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki anak dengan parietas tinggi > dari 2 anak dan selanjutnya dilkaukan uji homogenitas data dengan nilai $p = 0.466$ yang berarti hasil dari instrumen untuk menilai jumlah anak dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

5.2.2 Nilai faktor lingkungan pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi

Nilai faktor lingkungan dalam penelitian ini terdiri dari dukungan keluarga yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.12, nilai dukungan teman yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.13 dan nilai dukungan petugas kesehatan yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.14. Distribusi frekuensi jawaban dari 239 responden penelitian yang diperoleh dari 5 Pusksmas (Paruga, Mpunda, Rasanae Timur, Penanae dan Assakota).

Tabel 5.12 Distribusi frekuensi dukungan keluarga pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Dukungan keluarga	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Lemah	13	5.4	$p \geq 0.05$ $p = 0.089$
	Sedang	116	48.5	
	Kuat	110	46.0	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai dukungan keluarga pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki dukungann keluarga kategori sedang dan selanjutnya di uji homogenitas data dengan $p = 0.089$ yaitu homogen yang berarti hasil dari intrumen untuk menilai dukungan keluarga dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.13 Distribusi frekuensi dukungan teman pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Dukungan teman	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Lemah	60	25.1	$p \geq 0.05$ $p = 0.06$
	Sedang	154	64.4	
	Kuat	25	10.5	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai dukungan teman pada 239 responden yang terdapat di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki dukungan teman kategori sedang dan selanjutya dilakukan uji homogenitas dengan $p = 0.06$ yaitu homogen yang berarti hasil dari intrumen untuk menilai dukungan teman dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.14 Distribusi frekuensi dukungan petugas kesehatan pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Dukungan kesehatan petugas	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Lemah	56	23.4	$p \geq 0.05$ $p = 0.055$
	Sedang	172	72.0	
	Kuat	11	4.6	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai dukungan petugas kesehatan pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki dukungan petugas kesehatan kategori sedang dan selanjutnya dilakukan uji homogenitas data dengan nilai $p = 0.055$ yaitu homogen yang berarti hasil dari instrumen untuk menilai dukungan petugas kesehatan dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

5.2.3 Nilai faktor personal pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi

Nilai faktor personal dalam penelitian ini terdiri dari self efikasi yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.15 dan nilai self regulasi hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.16. Distribusi frekuensi jawaban dari 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima.

Tabel 5.15 Distribusi frekuensi self efikasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Self efikasi	Frekuensi f(x)	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Lemah	52	21.8	$p \geq 0.05$ $p = 0.89$
	Sedang	149	62.3	
	Kuat	38	15.9	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai self efikasi pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki self efikasi kategori sedang dan selanjutnya dilakukan uji homogenitas dengan nilai $P = 0.89$ yaitu homogen yang berarti hasil dari instrumen untuk menilai self efikasi dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

Tabel 5.16 Distribusi frekuensi self regulasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

No	Self regulasi	Frekuensi $f(x)$	Presentasi (%)	Uji Homogenitas
	Lemah	52	21.8	$p \geq 0.05$ $p = 0.264$
	Sedang	159	66.5	
	Kuat	28	11.7	
	Σ Responden	239	100	

Hasil nilai self regulasi pada 239 responden di 5 Puskesmas Kota Bima sebagian besar memiliki self regulasi kategori sedang dan selanjutnya dilakukan uji homogenitas dengan nilai $p = 0.264$ yaitu homogen yang berarti hasil dari instrumen untuk menilai self regulasi dapat mewakili ke 5 Puskesmas di Kota Bima.

5.4 Nilai antara Variabel Dependen dan Independen

Hubungan antar variabel ini peneliti akan melihat nilai karakteristik individu dengan faktor personal, nilai antara karakteristik individu dengan tingkat kepatuhan gaya hidup sehat, nilai antara faktor lingkungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat, nilai antara faktor lingkungan dengan faktor personal dan nilai antara faktor personal dengan kepatuhan gaya hidup sehat. Adapun cara peneliti menilai hasil antar variabel ini dengan melihat hasil temuan nilai presentasi tertinggi dari tiap kategori.

5.4.1 Nilai antara karakteristik individu dengan self efikasi

Nilai antara karakteristik individu dengan self efikasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas yaitu Paruga, Mpunda, Rasanae Timur, Penanae dan Asakota sebagai berikut:

Tabel 5.17 Nilai antara karakteristik individu dengan self efikasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Karakteristik Individu	Faktor Personal							
	Self efikasi						Σ Responden	
	Lemah		Sedang		Kuat			
	f (x)	%	f (x)	%	f (x)	%	f(x)	%
Usia								
19-25 tahun	0	0	0	0	0	0	0	0
26-35 tahun	0	0	0	0	0	0	0	0
36-45 tahun	10	18.5	36	66.7	8	14.8	54	100
46-55 tahun	21	20.6	62	60.8	19	18.6	102	100
56-65 tahun	21	25.3	51	61.4	11	13.3	83	100
Jenis kelamin								
Perempuan	22	14.4	103	67.3	28	18.3	153	100
Laki-laki	30	34.9	46	53.5	10	11.6	86	100
Pendidikan								
Pendidikan dasar	24	22.9	57	54.2	24	22.9	105	100
Pendidikakan menengah	26	20.2	90	69.7	13	10.1	129	100
Perguruan tinggi	2	40	2	40	1	20	5	100
IMT								
Kurus	2	50.0	2	50.0	0	0	4	100
Normal	31	30.7	59	58.4	11	10.9	101	100
Gemuk	5	17,2	18	62.1	6	20.6	29	100
Sangat Gemuk (obesitas)	14	13.3	70	66.7	21	20.0	105	100
Pekerjaan								
Petani	11	18.6	33	55.9	15	25.4	59	100
IRT (Ibu rumah tangga)	20	16.8	87	73.1	12	10.1	119	100
Swasta	17	36.9	21	45.6	8	17.4	46	100
PNS	4	26.7	8	53.3	3	20	15	100
Sosial ekonomi								
Kurang	17	15.4	72	65.5	21	19.1	110	100
Cukup	29	29.6	55	56.1	14	14.3	98	100
Lebih	6	19.4	22	70.9	3	9.7	31	100
Jumlah anak								
Parietas rendah	3	6.5	23	50	20	43.5	46	100
Parietas tinggi	35	18.1	126	65.3	32	16.6	193	100
Riwayat hipertensi								
Ada	13	22.0	38	64.4	8	13.6	59	100
Tidak	39	21.7	111	61.6	30	16.7	180	100
Motivasi								
Lemah	37	58.7	19	30.2	7	11.1	63	100
Sedang	12	8.2	115	78.2	20	13.6	147	100
Kuat	3	10.3	16	55.2	10	34.5	29	100
Persepsi								
Positif	45	20.7	135	62.2	37	17.1	217	100
Negatif	7	31.8	14	63.6	1	4.5	22	100

Tabel 5.17 menunjukkan dari 239 responden nilai self efikasi sebagian besar lemah pada kelompok usia 56-65 tahun sebesar 25.3%. Jenis kelamin laki-laki dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 34.9%. Perguruan tinggi dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 40%. Indeks massa tubuh kategori kurus dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 50.0%. Pekerjaan responden swasta dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 36.9%. Sosial ekonomi responden cukup dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 29.6%. Jumlah anak responden mayoritas memiliki banyak anak dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 18.1%. Riwayat penyakit hipertensi ada yang memiliki riwayat hipertensi dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 22.0%. Motivasi kategori lemah dengan nilai self efikasi sebagian besar kategori lemah sebesar 58.7% dan Persepsi responden negatif dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 31.8 %.

5.4.2 Nilai antara karakteristik individu dengan self regulasi

Nilai antara karakteristik individu dengan self regulasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas yaitu Paruga, Mpunda, Rasanae Timur, Penanae dan Asakota sebagai berikut:

Tabel 5.18 Nilai antara karakteristik individu dengan self regulasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Karakteristik Individu	Faktor personal							
	Self regulasi						Σ Responden	
	Lemah		Sedang		Kuat			
	f (x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Usia								
19-25 tahun	0	0	0	0	0	0	0	0
26-35 tahun	0	0	0	0	0	0	0	0
36-45 tahun	14	25.9	33	61.1	7	12.9	54	100
46-55 tahun	22	21.6	66	64.7	14	13.7	102	100
56-65 tahun	16	19.3	60	72.3	7	8.4	83	100
Jenis kelamin								
Perempuan	15	9.1	114	75.2	24	15.7	153	100
Laki-laki	37	43.0	45	52.3	4	4.7	86	100
Pendidikan								
Pendidikan dasar	21	20.0	68	64.8	16	15.2	105	100
Pendidikan menengah	29	22.5	89	68.9	11	8.5	129	100
Perguruan Tinggi	2	40	2	40	1	20	5	100
IMT								
Kurus	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	100
Normal	26	25.7	66	65.3	9	8.9	101	100
Gemuk	8	27.5	14	48.3	7	24.1	29	100
Sangat Gemuk (obesitas)	16	15.2	78	74.2	11	10.5	105	100
Pekerjaan								
Petani	15	25.4	35	59.3	9	15.3	59	100
IRT (Ibu rumah tangga)	12	10.1	95	79.8	12	10.1	119	100
Swasta	22	47.8	19	41.3	5	10.8	46	100
PNS	3	20	10	66.7	2	13.3	15	100
Sosial ekonomi								
Kurang	23	20.9	76	69.1	11	10.0	110	100
Cukup	23	23.5	60	61.2	15	15.3	98	100
Lebih	6	19.4	23	74.2	2	6.5	31	100
Jumlah anak								
Parietas rendah	14	18.4	29	63.1	3	6.5	46	100
Parietas tinggi	38	19.7	130	67.4	25	12.9	193	100
Riwayat hipertensi								
Ada	9	15.3	44	74.6	6	10.2	59	100
Tidak	43	23.9	115	63.9	22	12.2	180	100
Motivasi								
Lemah	28	44.4	30	47.6	6	9.5	63	100
Sedang	20	13.6	110	74.8	17	11.6	147	100
Kuat	4	13.8	19	65.5	6	20.6	29	100
Persepsi								
Positif	47	21.6	144	66.4	26	11.9	217	100
Negatif	5	22.7	15	68.2	2	9.1	22	100

Tabel 5.18 menunjukan dari 239 responden nilai self regulasi sebagian besar lemah pada kelompok usia 36-45 tahun sebesar 25.9%. Jenis kelamin laki-laki dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 43.0%. Perguruan tinggi dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 40.0%. Indeks massa tubuh kategori kurus dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 50.0%. Pekerjaan responden swasta dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 47.9%. Sosial ekonomi responden cukup dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 23.5%. Jumlah anak responden mayoritas memiliki banyak anak dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 19.7%. Riwayat penyakit hipertensi tidak ada yang memiliki riwayat hipertensi dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 23.9%. Motivasi kategori lemah dengan nilai self regulasi sebagian besar kategori lemah sebesar 44.4% dan Persepsi responden negatif dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 22.7 %.

5.4.3 Nilai antara karakteristik individu dengan tingkat kepatuhan gaya hidup sehat

Nilai antara karakteristik individu dengan tingkat kepatuhan gaya hidup sehat dari 5 Puskesmas yaitu Puskesmas Paruga, Mpunda, Rasanae Timur, Penanae dan Asakota antara karakteristik individu dengan tingkat kepatuhan sebagai berikut:

Tabel 5.19 Tabulasi silang karakteristik individu dengan tingkat kepatuhan gaya hidup sehat pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Karakteristik Individu	Tingkat Kepatuhan gaya hidup sehat							
	Patuh		Kurang patuh		Tidak patuh		Σ Responden	
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Usia								
19-25 tahun	0	0	0	0	0	0	0	0
26-35 tahun	0	0	0	0	0	0	0	0
36-45 tahun	4	7.4	44	81.4	6	11.1	54	100
46-55 tahun	12	11.8	69	67.6	21	20.6	102	100
56-65 tahun	5	6.0	58	68.9	20	24.2	83	100
Jenis kelamin								
Perempuan	16	10.5	106	69.3	31	20.2	153	100
Laki-laki	5	5.8	65	75.6	16	18.6	86	100
Pendidikan								
Pendikan dasar	13	12.3	62	59.1	26	24.7	105	100
Pendidikan menengah	8	6.2	94	72.8	27	20.9	129	100
Perguruan Tinggi	0	0	5	100	0	0	5	100
IMT								
Kurus	0	0	4	100	0	0	4	100
Normal	6	5.9	76	75.2	19	18.8	101	100
Gemuk	5	17.2	16	55.2	8	27.6	29	100
Sangat Gemuk	10	9.5	75	71.4	20	19.1	105	100
Pekerjaan								
Petani	8	13.5	42	71.2	9	15.2	59	100
IRT (Ibu rumah tangga)	10	8.4	80	67.2	29	24.4	119	100
Swasta	3	6.5	35	76.1	8	13.4	46	100
PNS	0	0	14	93.3	1	6.7	15	100
Sosial ekonomi								
Kurang	10	9.1	79	71.8	21	19.1	110	100
Cukup	9	9.2	65	66.3	24	24.5	98	100
Lebih	2	6.5	27	87.1	2	6.5	31	100
Jumlah anak								
Parietas rendah	16	34.8	28	60.9	2	4.3	46	100
Parietas tinggi	31	16.1	143	74.1	19	9.8	193	100
Riwayat hipertensi								
Ada	6	10.2	45	76.3	8	13.5	59	100
Tidak	15	8.3	126	70	39	21.7	180	100
Motivasi								
Lemah	3	4.8	32	50.7	28	44.5	63	100
Sedang	15	10.2	120	81.6	12	8.1	147	100
Kuat	3	10.3	19	65.6	7	24.1	29	100
Persepsi								
Positif	21	9.7	152	70.0	44	20.3	217	100
Negatif	0	0	19	86.4	3	13.6	22	100

Tabel 5.19 menunjukkan dari 239 responden nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh pada kelompok usia 56-65 tahun sebesar 24.2%. Jenis kelamin perempuan dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 20.2%. Pendidikan dasar dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 24.7%. Indeks massa tubuh kategori gemuk dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 27.6%. Pekerjaan responden IRT dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 24.4%. Sosial ekonomi responden cukup dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 24.5%. Jumlah anak responden mayoritas memiliki sedikit anak dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 34.8%. Riwayat penyakit hipertensi tidak ada yang memiliki riwayat hipertensi dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 21.7%. Motivasi kategori lemah dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar kategori tidak patuh sebesar 44.5% dan Persepsi responden positif dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 20.3 %.

5.4.4 Nilai antara faktor lingkungan dengan faktor personal

Nilai antara faktor lingkungan dengan self efikasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas yaitu Paruga, Mpunda, Rasanae Timur, Penanae dan Asakota dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.20 Nilai antara faktor lingkungan dengan self efikasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Faktor Lingkungan	Faktor personal							
	Self efikasi						Σ Responden	
	Kuat		Sedang		Lemah			
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Dukungan keluarga								
Kuat	20	18.2	62	56.4	28	25.4	110	100
Sedang	17	14.7	77	70.0	22	18.9	116	100
Lemah	1	7.6	10	76.9	2	15.4	13	100
Dukungan teman								
Kuat	5	20.0	19	76.0	1	4.0	25	100
Sedang	26	16.9	108	70.1	20	12.9	154	100
Lemah	7	11.7	22	36.7	31	51.6	60	100
Dukungan kesehatan	petugas							
Kuat	3	27.3	8	72.7	0	0	11	100
Sedang	29	16.9	110	62.9	33	19.1	172	100
Lemah	6	10.7	31	55.4	19	33.9	56	100

Tabel 5.20 menunjukkan dari 239 responden dukungan keluarga kuat dengan nilai self efikasi sebangian besar lemah sebesar 25.4%. Dukungan teman lemah dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 51.6% dan dukungan petugas kesehatan lemah dengan nilai self efikasi sebagian besar lemah sebesar 33.9%.

Tabel 5.21 Nilai antara faktor lingkungan dengan self regulasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Faktor Lingkungan	Faktor personal							
	Self regulasi						Σ Responden	
	Kuat		Sedang		Lemah			
	f (x)	%	f (x)	%	f (x)	%		
Dukungan keluarga								
Kuat	13	18.1	72	65.5	25	22.7	110	100
Sedang	13	11.2	78	67.3	25	21.5	116	100
Lemah	2	15.4	9	69.2	2	15.4	13	100
Dukungan teman								
Kuat	6	24.0	17	68.0	2	8.0	25	100
Sedang	18	11.7	107	69.5	29	18.8	154	100
Lemah	4	6.7	35	58.3	21	35.0	60	100
Dukungan kesehatan petugas								
Kuat	4	36.4	6	54.5	1	9.1	11	100
Sedang	20	11.5	112	63.6	40	22.7	176	100
Lemah	4	7.2	41	73.2	11	19.6	56	100

Tabel 5.21 menunjukkan dari 239 responden dukungan keluarga Kuat dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 25.4%. Dukungan teman mayoritas lemah dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 51.6% dan dukungan petugas kesehatan sedang dengan nilai self regulasi sebagian besar lemah sebesar 22.7%.

5.4.6 Nilai antara faktor lingkungan dengan kepatuhan pada kepatuhan gaya hidup sehat

Nilai anatara faktor lingkungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat efikasi pada kepatuhan gaya hidup sehat psien hipertensi di 5 Puskesmas yaitu Paruga, Mpunda, Rasanae Timur, Penanae dan Asakota adalah sebagai berikut:

Tabel 5.22 Nilai antara faktor lingkungan dengan kepatuhan pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Faktor Lingkungan	Kepatuhan gaya hidup sehat							
	Patuh		Kurang patuh		Tidak patuh		Σ Responden	
	f (x)	%	f (x)	%	f (x)	%	f(x)	%
Dukungan keluarga								
Kuat	5	4.6	74	62.3	31	28.3	110	100
Sedang	15	12.9	90	77.6	11	9.4	116	100
Lemah	1	7.7	7	53.9	5	34.5	13	100
Dukungan teman								
Kuat	8	32.0	16	64.0	1	4.0	25	100
Sedang	13	8.5	134	87.0	7	4.5	154	100
Lemah	0	0	21	35.0	39	65.0	60	100
Dukungan kesehatan petugas								
Kuat	9	81.8	2	18.2	0	0	11	100
Sedang	10	5.8	136	79.1	26	15.1	172	100
Lemah	2	3.6	33	58.9	21	37.5	56	100

Tabel 5.22 menunjukkan dari 239 responden dukungan keluarga responden kuat dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar kategori tidak patuh sebanyak 34.5%. Dukungan teman responden lemah dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 65.0% dan dukungan petugas kesehatan lemah dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebesar 37.5%.

5.4.7 Nilai antara Faktor personal dengan Kepatuhan

Nilai antara faktor personal dengan kepatuhan gaya hidup sehat efikasi pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas yaitu Paruga, Mpunda, Rasanae Timur, Penanae dan Asakota sebagai berikut:

Tabel 5.23 nilai antara faktor personal dengan kepatuhan pada kepatuhan gaya hidup sehat pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Faktor Personal	Kepatuhan gaya hidup sehat							
	Patuh		Kurang patuh		Tidak patuh		Σ Responden	
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Self efikasi								
Kuat	8	21.1	24	63.2	6	15.7	38	100
Sedang	13	8.7	123	82.6	13	8.7	149	100
Lemah	0	0	24	46.1	28	53.8	52	100
Self regulasi								
Kuat	6	21.4	20	71.4	2	7.2	28	100
Sedang	14	8.8	119	74.8	26	16.4	159	100
Lemah	1	1.9	32	61.5	19	36.5	52	100

Tabel 5.23 menunjukkan dari 239 responden self efikasi lemah dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebanyak 53.8%. Self regulasi lemah dengan nilai kepatuhan gaya hidup sehat sebagian besar tidak patuh sebanyak 36.5%.

5.5 Hasil Uji PLS Menilai Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi

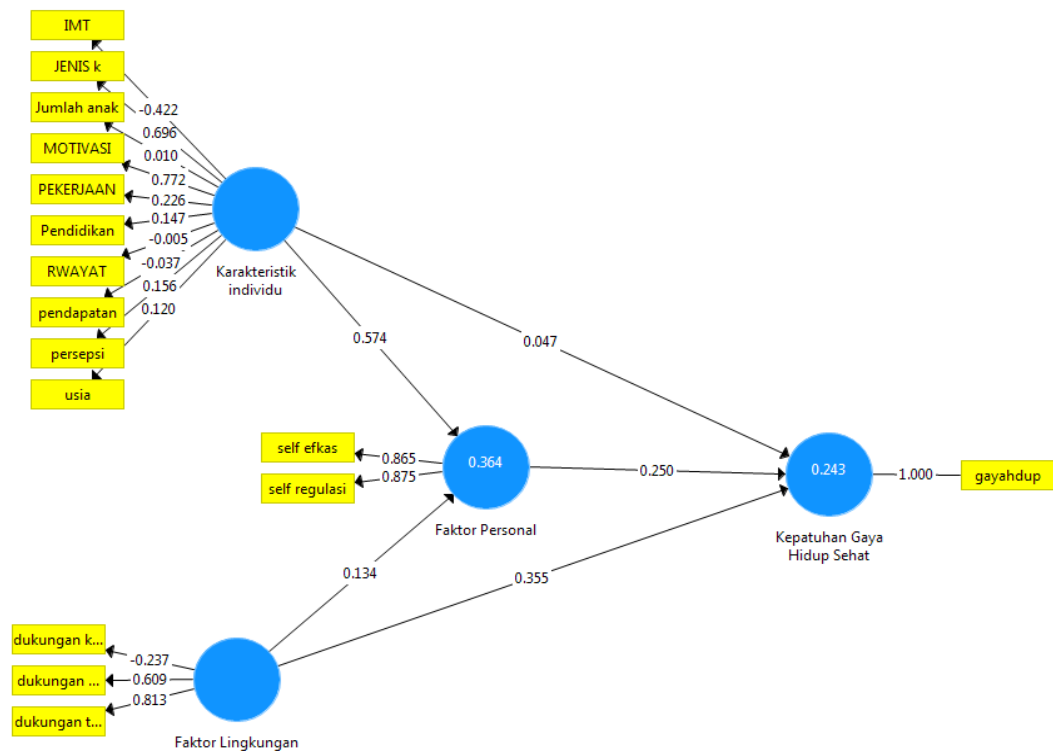
Peneliti menggunakan uji PLS untuk melihat nilai model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi dengan cara melakukan evaluasi outer model yang terdiri dari uji validitas, uji reliabilitas dan uji hipotesis. Adapun penjabarannya sebagai berikut:

5.3.1 Evaluasi outer model

1. Uji validitas (*Convergent Validity*)

Peneliti menggunakan uji validitas untuk melihat indikator pembentuk dari tiap variabel yaitu karakteristik individu, faktor personal, faktor lingkungan dan kepatuhan gaya hidup sehat. Untuk menilai validitas tiap indikator peneliti menggunakan nilai *outer loading* dengan nilai standar yang digunakan adalah > 0.5 yang berarti valid dan indikator tersebut dapat dikatakan sebagai indikator penyusun dari variabel dan sebaliknya indikator yang < 0.5 dikeluarkan dari rancangan model (Ghozali 2018).

Hasil uji PLS *outer loading* tahap I dilakukan uji variabel karakteristik individu, faktor personal, faktor lingkungan dan kepatuhan gaya hidup sehat dapat dilihat pada gambar 5.1.



Gambar 5.1 Nilai *outer loading* pada model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Gambar 5.1 menunjukkan nilai hasil uji PLS *outer loading* untuk semua variabel.

Hasil uji tahap pertama menggunakan *autor loading* untuk menilai variabel laten yaitu karakteristik individu, faktor personal, faktor lingkungan dan kepatuhan gaya hidup dapat dilihat pada tabel 5.24.

Tabel 5.24 Nilai *outer loading* pengujian tahap pertama pada model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Variabel	Indikator	<i>Outer loading</i>	Keterangan
Karakteristik individu	Usia	0.120	Tidak Valid
	Jenis kelamin	0.696	Valid
	IMT	-0.422	Tidak Valid
	Pekerjaan	0.226	Tidak Valid
	Riwayat penyakit keluarga	-0.005	Tidak Valid
	Jumlah anak	0.010	Tidak Valid
	Pendidikan	0.147	Tidak Valid
	Sosial ekonomi	-0.037	Tidak Valid
	Motivasi	0.772	Valid
	Persepsi	0.156	Tidak Valid
Faktor personal	Self efikasi	0.865	Valid
	Self regulasi	0.875	Valid
Faktor lingkungan	Dukungan keluarga	-0.237	Tidak Valid
	Dukungan teman	0.813	Valid
	Dukungan petugas kesehatan	0.607	Valid
Perilaku	Kepatuhan gaya hidup sehat	1.000	Valid

Hasil uji PLS *outer loading* dari 239 responden dilihat dari karakteristik individu indikator yang tidak valid terdiri dari usia, IMT, pekerjaan, riwayat penyakit, jumlah anak, sosial ekonomi dan persepsi dimana nilai yang diperoleh $p < 0.5$ hal ini berarti indikator tersebut tidak dapat menjadi indikator penyusun dari variabel karakteristik individu dan harus dikeluarkan dari variabel laten yaitu karakteristik individu. Sedangkan indikator yang valid adalah jenis kelamin dan motivasi dimana diperoleh nilai $p > 0.5$

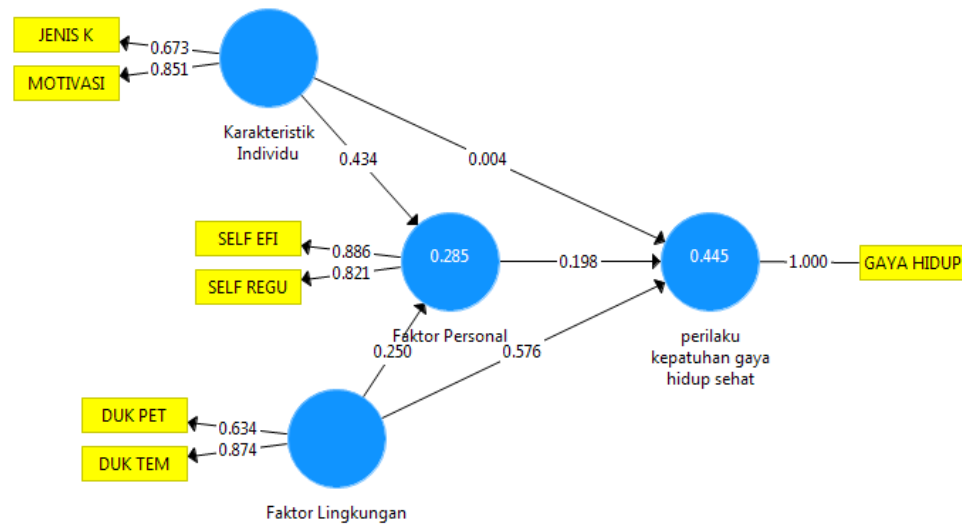
Hasil uji PLS *outer loading* untuk variabel laten yaitu faktor personal indikator penyusunnya yang valid adalah self efikasi dan self

regulasi dengan nilai $p > 0.5$ yang berarti indikator tersebut dapat menyusun dari variabel faktor personal.

Hasil uji PLS *outer loading* untuk variabel laten yaitu faktor lingkungan indikator penyusunnya yang valid adalah dukungan teman dan dukungan keluarga dengan nilai $p > 0.5$ yang berarti indikator tersebut menjadi indikator penyusun dari variabel laten yaitu faktor lingkungan dan indikator yang tidak valid adalah dukungan keluarga dimana nilai $p < 0.5$ yang berarti indikator ini dikeluarkan dari variabel laten faktor lingkungan.

Hasil uji PLS *outer loading* untuk variabel laten yaitu perilaku indikator penyusunnya valid dengan nilai $p > 0.5$ dan menjadi indikator penyusun dari variabel laten yaitu perilaku .

Semua indikator dari hasil uji PLS *outer loading* yang menunjukkan tidak valid dikeluarkan dan dilakukan uji ulang menggunakan PLS untuk melihat nilai *outer loading* lainnya setelah indikator yang tidak valid dikeluarkan. Adapun untuk melihat hasil uji PLS *outer loading* tahap II dapat dilihat pada gambar 5.2.



Gambar 5.2 Nilai hasil uji tahap ke 2 *outer loading* pada model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Gambar 5.2 menunjukkan nilai *outer loading* untuk semua variabel yang sudah valid. Nilai hasil uji PLS *auter loading* dari indikator variabel laten yang sudah valid dapat dilihat pada tabel 5.25.

Tabel 5.25 Nilai *outer loading* pengujian tahap kedua pada model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Variabel	Indikator	<i>Outer loading</i>	Keterangan
Karakteristik individu	Jenis kelamin	0.787	Valid
	Motivasi	0.793	Valid
Faktor personal	Self efikasi	0.853	Valid
	Self regulasi	0.886	Valid
Faktor lingkungan	Dukungan teman	0.826	Valid
	Dukungan petugas kesehatan	0.634	Valid
	Kepatuhan gaya hidup sehat	1.000	Valid

Setelah menghilangkan indikator-indikator yang bernilai tidak valid dalam membentuk variabel laten, maka semua indikator menunjukkan nilai > 0.5 sehingga semua indikator penyusun variabel laten dalam model tersebut adalah valid.

2. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat tiap-tiap variabel yang reliabel sehingga dapat membentuk model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat. Adapun cara peneliti menentukan reliabel untuk tiap variabel yaitu dengan melihat nilai *cronbach alpha* yang didapatkan dari uji PLS. Nilai *cronbach alpha* memiliki aturan bahwa nilai yang dijadikan ukuran dikatakan reliabel apabila nilai *cronbach's alpha* > 0.6 (Ghozali, 2014).

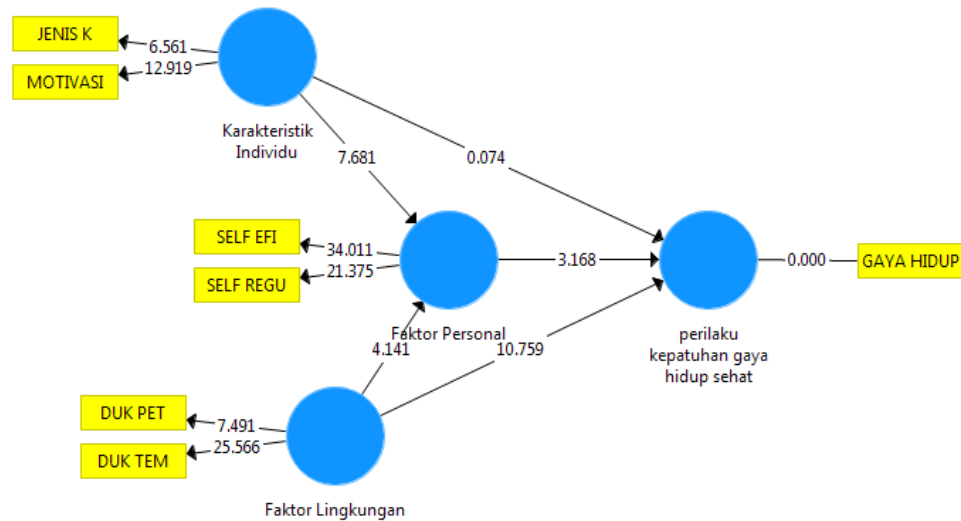
Nilai hasil uji *composite reliability* dapat dilihat pada tabel 5.26.

Tabel 5.26 Hasil uji reliabilitas model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi berbasis *social cognitive theory* di Puskesmas Kota Bima

No	Variabel	<i>Composite Reliability</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	AVE (Average Variance Extracted)	Keterangan
1.	Karakteristik individu	0.769	0.769	0.624	Reliabel
2.	Faktor personal	0.861	0.861	0.757	Reliable
3.	Faktor lingkungan	0.701	0.701	0.542	Reliable
4.	Kepatuhan gaya hidup sehat	1.000	1.000	1.000	Reliable

Hasil uji PLS dengan melihat nilai *cronbach's alpha* didapatkan semua variabel adalah reliabel yang berarti semua variabel dimana nilai *cronbach's alpha* > 0.6 yang berarti variabel karakteristik individu, faktor personal, faktor lingkungan dan perilaku dapat menjadi variabel penyusun untuk model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat.

5.3.2 Evaluasi *inner model*



Gambar 5.3 Nilai hasil uji hipotesis pada model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi di 5 Puskesmas Kota Bima

Evaluasi *inner model* untuk menguji hipotesis penelitian. Hipotesis penelitian dapat diterima jika nilai T statistik $>$ T tabel. Nilai T tabel pada tingkat kesalahan 5% adalah 1.96. Nilai koefisien jalur dan nilai T hitung pada inner model dapat dilihat pada tabel 5.27.

Tabel 5.27 Hasil uji hipotesis model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi berbasis *social cognitive theory* di Puskesmas Kota Bima 17 Februari-17 Maret 2018

No	Hubungan	Path Coefisien	Standar deviasi	T Statistik	Keterangan
1.	Karakteristik individu terhadap faktor personal	0.434	0.043	12.635	Signifikan
2.	Karakteristik individu terhadap kepatuhan gaya hidup sehat	0.004	0.058	0.101	Tidak Signifikan
3.	Faktor lingkungan terhadap faktor personal	0.250	0.076	3.624	Signifikan
4.	Faktor lingkungan terhadap kepatuhan gaya hidup sehat	0.576	0.051	2.787	Signifikan
5.	Faktor personal terhadap kepatuhan gaya hidup sehat	0.198	0.069	4.945	Signifikan

Berdasarkan hasil uji PLS untuk melihat hubungan antar variabel pada 239 responden yaitu hubungan karakteristik individu terhadap faktor personal didapatkan nilai koefisien jalur 0.434 dan T statistik 12.635 ($T > 1.96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara variabel karakteristik individu dengan faktor personal. Tanda positif pada nilai koefisien jalur menandakan adanya hubungan yang searah yang berarti semakin tinggi karakteristik individu maka faktor personal akan semakin kuat.

Hasil uji PLS tentang hubungan karakteristik individu dengan kepatuhan didapatkan nilai koefisien jalur 0.004 dan nilai T statistik 0.107 ($T < 1.96$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara karakteristik individu dengan faktor personal.

Hasil uji PLS tentang hubungan faktor lingkungan dengan faktor personal didapatkan nilai koefisien jalur 0.576 dan T statistik 2.87 ($T > 1.96$).

Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara variabel faktor lingkungan dengan faktor personal. Tanda positif pada nilai koefisien jalur menandakan adanya hubungan yang searah sehingga dapat diartikan bahwa semakin kuat faktor lingkungan maka faktor personal akan semakin kuat.

Hasil uji PLS tentang hubungan faktor lingkungan dengan kepatuhan didapatkan nilai koefisien jalur 0.198 dan T statistik 4.946 ($T > 1.96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara variabel faktor lingkungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat. Tanda positif pada nilai koefisien jalur menandakan adanya hubungan yang searah sehingga dapat diartikan bahwa semakin kuat faktor lingkungan maka kepatuhan akan semakin meningkat.

Hasil uji PLS tentang hubungan faktor personal dengan kepatuhan didapatkan nilai koefisien jalur 0.250 dan T statistic 3.624 ($T > 1.96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel faktor personal dengan kepatuhan. Tanda positif pada nilai koefisien jalur menandakan adanya hubungan yang searah sehingga dapat diartikan bahwa semakin kuat faktor personal maka kepatuhan akan semakin meningkat.

Hal ini dapat diartikan bahwa jalur cepat meningkatkan kepatuhan gaya hidup sehat adalah faktor lingkungan langsung ke kepatuhan gaya hidup sehat. ($0.576 > 0.116 > 0.067$). Hasil ini menunjukkan bahwa jalur yang paling cepat dalam merubah kepatuhan gaya hidup sehat adalah melalui faktor lingkungan langsung ke kepatuhan gaya hidup sehat.

Untuk menilai model struktur secara keseluruhan berbasis *sosial kognitive theory* peneliti menggunakan GOF Goodness of Fit (GOF). GOF indeks

merupakan ukuran tunggal untuk memvalidasi performa gabungan antara model pengukuran dan model structural. Goodness of fit pada model penelitian ini diukur menggunakan Q-Square predictive relevance. Menurut Tenenhaus (2004) nilai Goodness of fit (GOF) terbentang antara 0 sd 1 dengan interpretasi nilai-nilai : 0,1 (GOF kecil), 0,25 (GOF *moderate*), dan 0,36 (GOF baik). Adapun nilai R square dapat dilihat pada lampiran (6).

Rumus Q-Square:

$$Q^2 = 1 - (1 - R_1^2)(1 - R_2^2) \dots (1 - R_p^2)$$

$$Q^2 = 1 - (1 - 0.285)(1 - 0.050)(1 - 0.538)(1 - 0.445)$$

$$Q^2 = 1 - (0.715)(0.95)(0.462)(0.554)$$

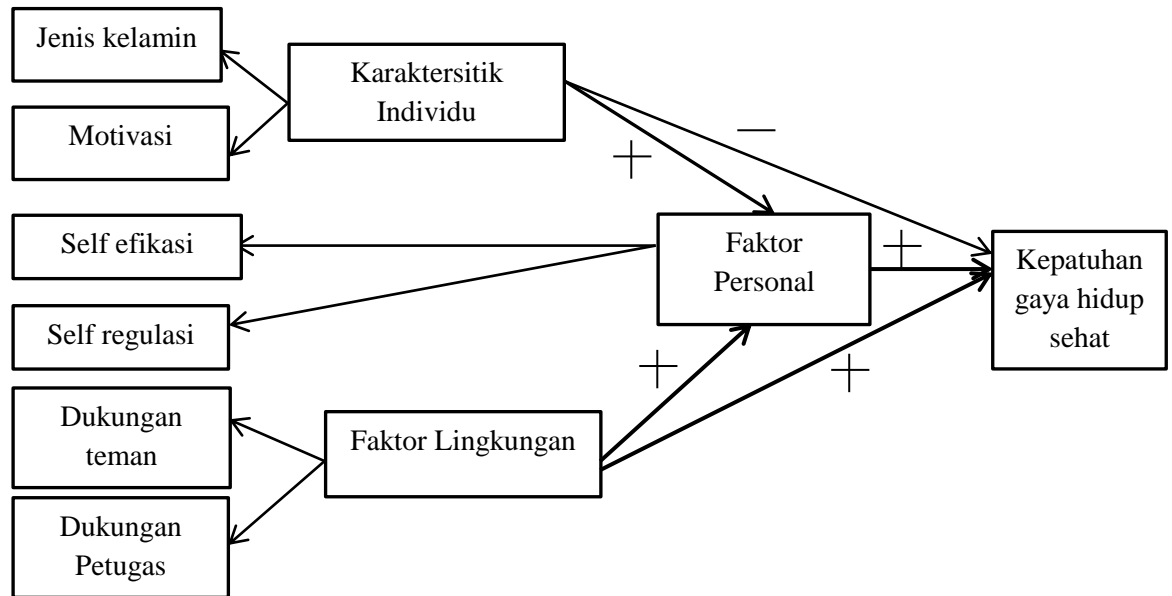
$$Q^2 = 1 - 0,173 = 0,827$$

Nilai GOF pada model penelitian ini $0,827 > 0,36$ artinya model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi memiliki prediksi baik apabila dilanjutkan atau dilakukan penelitian tahap ke 2 (menguji efektivitas model) di wilayah penelitian.

5.3.3 Evaluasi struktural model

Penelitian ini menggunakan tehnik analisis data PLS (*partial least square*). Berdasarkan hasil pengelolaan data terdapat evaluasi model struktural (inner model) untuk mengetahui ketetapan model. Hasil analisis dari model dapat dilihat ada gambar 5.4 sebagai berikut:

Gambar 5.4 Hasi uji PLS menggunakan program *Smart PLS* model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi berbasis *social cognitive theory* di Puskesmas Kota Bima



Keterangan :

+ : Ada hubungan
 — : Tidak ada hubungan

Berdasarkan gambar 5.1 Hasil uji hipotesis dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Karakteristik individu (motivasi) memiliki hubungan dengan Faktor personal (self efikasi dan self regulasi).
- 2) Karakteristik individu tidak memiliki hubungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat.
- 3) Faktor lingkungan memiliki hubungan dengan faktor personal.
- 4) faktor lingkungan memiliki hubungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat.
- 5) Faktor personal memiliki hubungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan pembahasan dari 5 hipotesis yang telah di uji yaitu hubungan karakteristik individu dengan faktor personal, hubungan karakteristik individu dengan kepatuhan gaya hidup sehat, faktor lingkungan dengan faktor personal, faktor lingkungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat dan faktor personal dengan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi.

6.1 Hasil Nilai antara Karakteristik Individu dengan Faktor Personal (Self Efikasi)

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara faktor lingkungan dengan faktor personal. Hasil Uji PLS *outer loading* indikator penyusun dari karakteristik individu yang valid adalah jenis kelamin dan motivasi sedangkan indikator yang tidak valid yang tidak dapat menjadi indikator karakteristik individu adalah usia, pendidikan, IMT, pekerjaan, jumlah anak, riwayat hipertensi dan persepsi terhadap penyakit.

Hasil indikator yang tidak valid adalah usia, pendidikan IMT, pekerjaan, pendapatan, jumlah anak, riwayat hipertensi dan persepsi. Hasil tersebut diketahui berbeda dengan teori dasar yang digunakan dalam model penelitian ini, namun demikian hasil tersebut masih sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Annesi JJ (2007) bahwa tidak ada perbedaan perubahan self efikasi pada kelompok umur, penelitian lainnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur, pendidikan dan status ekonomi dengan self efikasi untuk meningkatkan perilaku sehat (Zielinska H, 2015), Penelitian yang dilakukan oleh Doba N (2016) bahwa tidak ada hubungan antara IMT dengan self efikasi dan penelitian lainnya

mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan self efikasi (Law FM, 2015) dan Wijsman L (2010) mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan antara persepsi seseorang dengan self efikasi. Perbedaan hasil tersebut sangat dimungkinkan dikarenakan adanya perbedaan budaya di tiap-tiap tempat, dimana bagi masyarakat Bima sendiri lingkungan sosial lebih berpengaruh terhadap self efikasi. Sesuai hasil penelitian ini bahwa lingkungan sosial seperti dukungan teman dan petugas kesehatan yang ada di Bima masih rendah faktor-faktor tersebut berpengaruh terhadap hasil ini. Hasil tersebut juga mempertegas kembali yang disampaikan oleh bandura Bandura dan Wood (dalam Ghufroon, 2010) menjelaskan bahwa self efikasi diri berhubungan dengan keyakinan bahwa diri memiliki kemampuan melakukan tindakan yang diharapkan dan efikasi diri menurut Alwisol (2009) dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan salah satunya dipengaruhi oleh lingkungan. Bandura mengungkapkan bahwa sebuah kepribadian individu dibentuk oleh perilaku, pikiran dan lingkungan.

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa karakteristik individu untuk usia menunjukkan bahwa semakin tua usia seseorang self efikasi banyak yang kuat dibandingkan usia dibawahnya. Menurut Bandura dalam Wilson, Kickul, & Marlino (2007) Self efikasi terbentuk melalui proses belajar sosial yang dapat berlangsung selama masa kehidupan. Individu yang lebih tua cenderung memiliki rentang waktu dan pengalaman yang lebih banyak mengatasi suatu hal yang terjadi jika dibandingkan dengan individu yang lebih muda, yang mungkin masih memiliki sedikit pengalaman dan peristiwa-peristiwa dalam hidupnya. Individu yang lebih tua akan lebih mampu dalam mengatasi rintangan dalam hidupnya

dibandingkan dengan individu yang lebih muda. Self efikasi berkembang seiring dengan bertambahnya usia, dengan bertambahnya pengalaman dan perluasan lingkungan pergaulan (Wantiyah, 2010). Menurut Potter dan Perry usia 40-65 tahun disebut sebagai tahap keberhasilan, yaitu waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing, dan menilai diri sendiri, sehingga pasien memiliki Self efikasi yang baik (Ariani, 2011).

Teori ini sesuai dengan hasil penelitian responden yang berusia 56-65 tahun dengan self efikasi kategori kuat sebagian besar menjawab bahwa sangat yakin tidak memilih makanan tinggi lemak dan tinggi garam hal ini diarenakan daging yang dimakan walaupun sedikit langsung berefek seperti pusing, kunang-kunang bahkan sampai dengan sesak napas alasan lainnya karna sudah tidak kuat mengunyah daging, sangat yakin berolahraga teratur hal ini dapat dilakukan karena setiap kali sholat subuh selalu melakukan olahraga seperti jalan cepat.

Indikator yang tidak valid lainnya adalah pendidikan. Berdasarkan tabulasi silang pendidikan menengah memiliki self efikasi kategori yang lemah paling banyak. Tentu hal ini berbeda dengan teori dasar yang peneliti gunakan dimana self efikasi terbentuk melalui proses belajar yang dapat diterima individu pada tingkat pendidikan formal. Individu yang memiliki jenjang yang lebih tinggi biasanya memiliki self efikasi yang lebih tinggi, karena pada dasarnya mereka lebih banyak belajar dan lebih banyak menerima pendidikan formal, selain itu individu yang memiliki jenjang pendidikan yang lebih tinggi akan lebih banyak mendapatkan kesempatan untuk belajar dalam mengatasi persoalan-persoalan

dalam hidupnya. Salah satu proses pembentukan self efikasi adalah melalui proses kognitif (Ariani, 2011).

Teori dan kenyataan dilapangan sangat berbeda. Walaupun pendidikan menengah akan tetapi dilihat dari faktor umur rata-rata usia 46-65 tahun dimana pada usia seperti ini sebagian besar melek informasi karena lokasi dalam daerah terpencil sehingga jangkauan informasi menjadi terhambat (Depkes RI, 2013). Jika dilihat hasil penelitian ini membuktikan bahwa dukungan petugas kesehatan dimana dukungan informasi mengenai gaya hidup sehat masih kurang, dukungan dari teman juga masih banyak yang kurang. Dimana dukungan ini salah satunya berupa dukungan informasi. Selain dukungan motivasi dalam penelitian ini juga banyak yang lemah.

Indikator yang tidak valid lainnya adalah IMT. Berdasarkan tabulasi silang IMT yang kurus memiliki self efikasi kategori yang lemah paling banyak. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian dari Sari K (2018) bahwa ada hubungan antara IMT dengan self efikasi dimana semakin IMT normal maka self efikasi semakin kuat. Penderita hipertensi saat ini tidak hanya dialami oleh masyarakat yang memiliki tubuh gemuk atau diatas normal. Kejadian hipertensi erat kaitannya dengan self efikasi seseorang dalam pengaturan gaya hidup. Seperti hasil dari penelitian ini mengungkapkan bahwa motivasi sebagian besar ditemukan lemah, usia paling banyak dalam rentang 46-65 tahun dimana salah satu hambatan adalah akses informasi, dukungan teman dan dukungan petugas kesehatanpun masih banyak yang lemah.

Indikator yang tidak valid lainnya adalah pekerjaan. Berdasarkan tabulasi silang didapatkan pekerjaan swasta memiliki self efikasi lemah paling banyak. Pekerjaan juga dapat mempengaruhi tingkat kesehatan klien dengan cara meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara bagaimana klien masuk ke dalam sistem pelayanan kesehatan sehingga seseorang yang bekerja memiliki kepercayaan diri yang lebih tinggi untuk mengatasi masalahnya sehingga memiliki self efikasi yang tinggi (Potter dan Perry, 2005). Hasil ini berbeda dengan teori yang ada, hasil penelitian ini berbeda dengan kenyataannya. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Haqqoh A (2016) bahwa orang yang bekerja mengalami stress kerja yang tinggi diakibatkan respon secara fisik maupun psikologis yang muncul karena adanya tuntutan-tuntutan pekerjaan yang tidak sesuai dengan kemampuan maupun sumber daya manusia yang dimiliki. Yang dapat mempengaruhi emosi, proses berpikir, dan kondisi seorang. Self efikasi sendiri salah satunya dibentuk melalui proses berpikir dan emosi.

Indikator yang tidak valid lainnya adalah pendapatan dan jumlah anak. Berdasarkan tabulasi silang didapatkan pendapatan cukup dan jumlah anak dengan paritas tinggi memiliki self efikasi lemah paling banyak. Pekerjaan seseorang juga mempengaruhi pola konsumsinya dimana pola konsumsi selalu disesuaikan dengan pendapatan (Sari 2010). Jika dilihat dari hasil penelitian ini bahwa pekerjaan yang memiliki self efikasi rendah adalah swasta. Seseorang bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarganya sehingga mengakibatkan stress kerja yang berpengaruh pada self efikasi yang rendah.

Indikator yang tidak valid lainnya adalah riwayat hipertensi. Berdasarkan tabulasi silang didapatkan ada riwayat hipertensi memiliki self efikasi lemah paling banyak. Banyaknya self efikasi yang lemah dapat diakibatkan oleh indikator lain dari karakteristi individu. Seperti motivasi didapatkan paling banyak yang lemah, kemudian usia dalam rentang 46-65 tahun, jumlah anak banyak yang parietas tinggi, dilihat dari dukungan petugas kesehatan dan teman masih banyak yang rendah.

Persepsi terhadap penyakit banyak yang kategori positif akan tetapi self efikasi banyak yang kategori lemah. Berdasarkan hasil identifikasi pada responden bahwa kebanyakan responden menjawab sangat setuju bahwa penyakit hipertensinya dapat disembuhkan karena responden yakin bahwa penyakitnya dapat disembuhkan keyakinan untuk mengatur pola makan menurun seperti setelah makan daging atau makanan yang dilarang kemudian langsung minum obat anti hipertensi. Responden banyak yang menjawab bahwa mampu mengatasi keluhan hipertensi karena memang bagi mereka keluhan hipertensi seperti sakit kepala dapat disembuhkan dengan merokok atau minum obat. Kebanyakan responden tidak setuju bahwa tidak bingung dan khawatir ketika memikirkan penyakit hipertensi karena responden selalu mengatakan “ketika makan daging dan tidak berolahraga tidak langsung membuat mereka meninggal”. Hasil yang signifikan dengan arah korelasi positif sesuai dengan teori dasar yang digunakan dimana karakteristik individu memiliki pengaruh dengan faktor personal. Indikator yang valid adalah jenis kelamin ditemukan paling banyak responden perempuan memiliki self efikasi yang kuat dengan profesi paling banyak ibu

rumah tangga dibandingkan laki-laki. Indikator yang valid adalah jenis kelamin dan motivasi. Menurut Bandura dalam Zimmerman (2004) salah satu yang mempengaruhi self efikasi adalah jenis kelamin. Dilihat dari jenis kelamin bahwa perempuan memiliki self efikasi yang baik dari pada laki-laki. Perempuan dianggap lebih patuh dalam menjalankan perawatan diri dalam hal ini menjaga gaya hidup sehat dibandingkan laki-laki karena pada perempuan memiliki mekanisme koping yang lebih baik dibandingkan laki-laki ketika menghadapi masalah. Menurut Puspita (2003) bahwa perempuan mempunyai peran dan tanggung jawab dalam menyediakan makanan bagi keluarganya dimana seseorang yang memiliki derajat kontrol yang tinggi memiliki self efikasi yang bagus. Menurut Mystakidou et al. (2010) berdasarkan hasil penelitiannya didapatkan bahwa self efikasi diri salah satunya dipengaruhi oleh jenis kelamin. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Kumar R (2006) bahwa self efikasi yang tinggi lebih banyak ditemukan pada perempuan. Hasil penelitian lainya dari Tenaw (2013) megemukakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara self efikasi dengan jenis kelamin.

Indikator dari karakteristik individu yang valid lainnya adalah motivasi dalam melakukan gaya hidup sehat. Motivasi yang lemah akan mempengaruhi self efikasi sehingga menjadi lemah. Self efikasi merupakan gagasan kunci dari teori sosial kognitif (*social cognitive theory*) yang dikembangkan oleh Albert Bandura. Self efikasi mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasa, memotivasi diri sendiri dan bertindak (Bandura, 2004). Self efikasi mendorong proses kontrol diri untuk mempertahankan perilaku yang dibutuhkan dalam berperilaku gaya

hidup sehat. Menurut Bandura (1994), self efikasi dapat terbentuk dan berkembang melalui proses motivasional. Motivasi adalah keadaan dalam pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan tertentu guna untuk mencapai suatu tujuan (Marquis & Huston, 2006). Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan perilaku yang diarahkan untuk mencapai kepuasan (Swansburg, 1999). Menurut teori sosial kognitif (Bandura, 1997), motivasi manusia didasarkan melalui proses pemikiran yang didasarkan pada pengetahuan yang dimiliki oleh individu. Individu akan termotivasi untuk melakukan suatu tindakan jika sesuai dengan tujuan, rencana dan hasil yang diharapkan sehingga dengan begitu self efikasi seseorang akan menjadi kuat dengan adanya motivasi yang kuat. Analisis hubungan motivasi dengan self efikasi diri menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi yang baik menunjukkan self efikasi yang baik. Hasil analisa statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri (p value: 0.031, α : 0.05) (Ariyani S, 2011). Motivasi adalah dorongan yang berasal dari dalam diri ataupun dari luar individu untuk melakukan tugas tertentu untuk mencapai suatu tujuan. Penelitian yang dilakukan oleh Kusuma dan Hidayati (2013) menyatakan bahwa responden yang memiliki motivasi baik memiliki peluang self efikasi baik dibandingkan dengan motivasi rendah, hal ini mempengaruhi dalam kepatuhan gaya hidup sehat.

Masyarakat Kota Bima mayoritas memiliki nilai gotong royong yang tinggi hal ini tercermin pada karakteristik individu dan faktor personal dari tiap responden. Masyarakat Kota Bima secara umum meyakini bahwa makanan yang

dihidangkan pada saat kegiatan atau acara mencerminkan penghargaan kepada sesama, sehingga dalam menghadirkan makanan wajib adanya makanan yang tinggi lemak seperti daging dan sayur yang bersantan. Begitu pula yang menghadiri tidak dapat menolak makanan yang dihadirkan karena bentuk rasa menghargai. Bagi responden yang berjenis laki-laki kebanyakan dari mereka menjawab sangat yakin akan memilih makanan yang tinggi lemak dan tinggi garam ketika disebuah undangan, karena ketika sedang makan biasanya mereka akan berkumpul membentuk kelompok sehingga responden yang memiliki tekanan darah tinggi yang ikut berkumpul akan memakan makanan yang dimakan oleh kelompoknya tersebut dan tidak ingat bahwa yang dimakan adalah makanan yang dilarang untuk penderita hipertensi dan jika ingat maka responden akan mengurangi makanan tersebut tetapi tidak bisa menghindari. Hal ini didasari karena rasa menghargai teman yang menyelenggarakan acara dan teman kelompok serta adanya keinginan untuk menyantap makanan tinggi garam dan tinggi lemak.

Menghindari makanan yang mengandung garam responden sangat tidak yakin dapat menghindari hal tersebut. sangat susah bagi para responden baik yang berjenis kelamin perempuan maupun laki-laki karena memang garam dan penyedap sudah menjadi kebiasaan walaupun sedang mengalami tekanan darah tinggi. Bima merupakan salah satu daerah penghasil garam dan hal ini sangat erat kaitannya dengan kebiasaan masyarakat dalam mengkonsumsi makanan.

Responden rata-rata menjawab tidak yakin untuk olahraga yang teratur untuk 3 kali setiap minggu. Hal ini disebabkan karena program dari Puskesmas hanya olahraga 1 kali seminggu dan terkadang di beberapa Puskesmas 1 kali

dalam 1 bulan. Seluruh responden laki-laki menjawab sangat tidak yakin untuk tidak merokok apabila ditawarkan untuk merokok. Hal ini disebabkan Karena memang aktifitas merokok merupakan tanda keakraban antar teman dan penghilang rasa stress. Kebiasaan masyarakat di Bima ketika mengadakan suatu acara atau saat kegiatan lainnya seperti bangun rumah, panen padi dan lain-lain selalu disediakan rokok. Akan tetapi merokok sangat tabuh bagi kaum perempuan sehingga kebanyakan responden perempuan menjawab sangat yakin untuk tidak merokok.

Kebiasaan-kebiasaan responden mencerminkan bahwa masih rentangnya masyarakat untuk tidak patuh pada gaya hidup sehat. Motivasi untuk berperilaku gaya hidup sehat yang masih kurang dicerminkan sikap responden yang masih sulit untuk menghindari makanan yang mengandung tinggi lemak dan garam sehingga diikuti dengan self efikasi yang tercermin dari tidak yakinnya untuk menerapkan pola makan yang sehat, tidak yakinnya untuk berolahraga teratur dan tidak yakin untuk menolak saat ada teman yang mengajak merokok. Gambaran karakteristik dan faktor personal pada responden terbukti dari hasil uji yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara karakteristik individu dengan faktor personal.

6.2 Hasil Nilai antara Karakteristik Individu dengan Faktor Personal (Self Regulasi)

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara faktor lingkungan. Hasil Uji PLS *outer loading* indikator penyusun dari karakteristik individu yang valid adalah jenis kelamin dan motivasi sedangkan indikator yang tidak valid yang tidak dapat menjadi indikator karakteristik

individu adalah usia, pendidikan, IMT, pekerjaan, pendapatan, jumlah anak, riwayat hipertensi dan persepsi terhadap penyakit. Indikator penyusun yang valid dari faktor personal adalah self efikasi dan self regulasi.

Indikator dari karakteristik yang tidak valid adalah usia. Hasil tabulasi silang usia 36-45 tahun (dewasa akhir) self regulasi banyak yang lemah. Menurut Huclok menyatakan bahwa semakin bertambahnya usia seseorang, maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja sehingga dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Self regulasi adalah akar dari teori sosial kognitif yang dikembangkan oleh Bandura. Bandura mengemukakan bahwa self regulasi dibentuk oleh pikiran, perilaku dan lingkungan dan sebagian besar perilaku dibentuk oleh lingkungan. Jika dilihat dari hasil penelitian ini bahwa lingkungan yang tercermin dari dukungan teman dan petugas kesehatan yang diberikan dalam kategor rendah.

Indikator lainnya yang tidak valid adalah pendidikan. Hasil tabulasi silang menunjukan bahwa pendidikan menengah paling banyak memiliki self regulasi yang rendah. Tingginya risiko terkena hipertensi pada pendidikan yang rendah, kemungkinan disebabkan karena kurangnya pengetahuan pada seseorang yang berpendidikan rendah terhadap kesehatan dan sulit atau lambat menerima informasi (penyuluhan) yang diberikan oleh petugas sehingga berdampak pada perilaku/pola hidup sehat (Anggara dan Prayitno, 2013). Dapat disimpulkan bahwa pasien yang tidak mendapatkan informasi memiliki self regulasi dalam pola hidup sehat yang rendah sehingga beresiko terkena hipertensi. Hasil penelitian ini berbeda dengan pernyataan diatas akan tetapi hasil penelitian ini

mendukung bahwa pendidikan tidak berpengaruh pada self regulasi karena jika dilihat motivasi sebagian besar lemah, Kota bima merupakan salah satu daerah terpencil, dukungan petugas kesehatan dan teman yang masih rendah.

Indikator lainnya yang tidak valid adalah IMT. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa IMT kurus paling banyak memiliki self regulasi yang rendah. Hasil penelitian selalu menunjukkan bahwa pasien dengan obesitas memiliki self regulasi yang rendah karena obesitas selalu dikaitkan dengan pola makan dan aktifitas yang tidak teratur (Agustina E 2007). Perbedaan hasil ini kemungkinan diakibatkan oleh jumlah responden yang kurus sangat kecil, kemudian hasil self efikasi pada penelitian ini banyak yang lemah dimana self efikasi dan self regulasi memiliki hubungan satu sama lain dalam perubahan perilaku, dukungan petugas kesehatan dan teman yang masih kurang.

Indikator lainnya yang tidak valid adalah pekerjaan, pendapatan dan jumlah anak. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa pekerjaan swasta, pendapatan cukup dan jumlah anak dengan parietas tinggi memiliki self regulasi yang rendah. Menurut Stone, Schunk & Swartz (2003) bahwa self regulasi dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu keyakinan diri (self efikasi), motivasi dan tujuan. Jika dilihat motivasi rendah paling banyak self refulasi rendah. Kemudian self efikasi banyak yang rendah.

Indikator lainnya yang tidak valid adalah riwayat penyakit. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa parietas tinggi memiliki self efikasi paling banyak yang rendah. Saat ini hipertensi tidak hanya terjadi karena adanya faktor keturunan atau riwayat penyakit dalam keluarga sebelumnya akan tetapi hipertensi sendiri saat ini

merupakan penyakit tidak menular yang sebagai besar diakibatkan oleh gaya hidup yang tidak sehat. Perilaku makan yang tidak sehat, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, serta minimnya aktivitas fisik merupakan faktor-faktor risiko penyakit degenerative (Nuryati, 2009). Pasien hipertensi yang memiliki pola makan yang tidak baik dipastikan memiliki self regulasi yang rendah. Sesuai hasil penelitian ini bahwa ada hubungan antara self regulasi dengan kepatuhan gaya hidup sehat.

Indikator lainnya yang tidak valid adalah persepsi individu terhadap penyakit. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa persepsi negative memiliki self regulasi paling banyak yang rendah. Regulasi diri dilakukan dengan mengarah pada cara pencapaian tujuan akhir dan pada masalah yang akan dikenai regulasi atau pengaturan. Strategi untuk menjalani regulasi diri yang dipilih oleh tiap individu dipengaruhi oleh bentuk ancaman atau bahaya kesehatan, sumber daya yang dimiliki, konteks sosial dan budayanya (Leventhal & Cameron, 2003). Aspek penting dalam proses regulasi diri adalah persepsi penyakit. Persepsi penyakit dibentuk melalui 2 proses yaitu proses kognisi dan emosi. Proses kognisi meliputi cara individu merespon penyakitnya seperti identifikasi simptom, penyebab, dampak negatif dan pengobatannya. Proses emosi meliputi kondisi emosi penderita selama menghadapi penyakit (Leventhal & Cameron, 2003). Self regulasi terbentuk melalui proses emosi dan kognitif. Ketika persepsi negative maka emosi dan kognitif juga negative sehingga menyebabkan self regulasi menjadi rendah. Hasil ini didukung oleh penelitian Oktarinda D (2014) bahwa

ditemukan pada pasien yang memiliki regulasi diri yang rendah memiliki persepsi yang negative.

Self regulasi merupakan kemampuan untuk mengontrol diri sendiri (Bandura 1997 dalam Shofiah dkk 2014). Vansteenskie (2010) menyebutkan bahwa regulasi diri terdiri dari 2 bagian yaitu self regulasi otonom yang berasal dari kemauan diri dan self regulasi terkontrol yang dipengaruhi oleh tekanan dari luar individu. Seseorang akan tahu apa yang dapat ia lakukan dapat mengantisipasi segala konsekuensi dari perilakunya, menetapkan tujuan untuk dirinya sendiri, dan merencanakan perilakunya agar dapat memenuhi tujuan tersebut (Bandura, 1991).

Indikator yang valid adalah jenis kelamin dimana hasil tabulasi silang diperoleh bahwa jenis kelamin laki-laki memiliki self efikasi yang rendah dibandingkan perempuan. Rendahnya self regulasi pada laki-laki menurut teori Bem (1981) dalam Newport et.al (2001); Spence and Bucknrt (2000) ukuran maskulinitas, feminitas dan terkait karakter kepribadian yang diinginkan secara social digunakan sebagai indikator dalam proses self regulasi. Jenis kelamin dapat digunakan untuk mengatur dan mendorong seseorang berperilaku sesuai dalam hal ini berperilaku dalam menerapkan gaya hidup sehat. Di Indonesia kebiasaan merokok ditemukan lebih banyak dikonsumsi oleh laki-laki karna ketika perempuan merokok dianggap hal aneh oleh masyarakat. Hasil penelitian Witt M G and Wood W (2010) bahwa jenis kelamin merupakan hal yang mendasari dalam self regulasi dan jenis kelamin menjadi panduan dalam melakukan self regulasi dimana self regulasi itu sendiri didasari oleh kepribadian, emosi dan

evaluasi diri. Laki-laki cenderung memiliki emosi yang tinggi dibandingkan perempuan dan perempuan memiliki koping yang lebih baik dalam menghadapi masalah. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zimmerman dan Martinez-Ponz (dalam Yukselturk & Bulut, 2009) yang menyatakan bahwa ada perbedaan penerapan regulasi diri antara laki-laki dan perempuan dimana perempuan memiliki tingkat regulasi diri lebih tinggi dibanding laki-laki. Subjek dalam penelitian ini terdiri dari jumlah perempuan yang lebih banyak dibanding laki-laki, sehingga menjadikan self regulasi perempuan lebih banyak yang baik dibandingkan laki-laki.

Menurut Vohs & Baumeister (2007) motivasi berperan penting dalam self regulasi. Self regulasi dapat mengontrol pikiran dan emosi pada manusia dalam berperilaku (Leventhal et al., 1984). Mengingat sejauh mana keinginan yang muncul dapat mempengaruhi perilaku, self regulasi menunjukkan bahwa individu secara sadar berusaha mengendalikan perilaku dalam upaya untuk mendapatkan perilaku yang baik (Baumeister & Vohs, 2007). Bandura (1991) mengatakan bahwa self regulasi memiliki hubungan langsung dengan motivasi dan penelitian yang dilakukan oleh Ahn J et al (2016) bahwa ada hubungan antara motivasi dengan self regulasi. Baumeister (2005) self regulasi memandang individu sebagai agen yang aktif dan pengambil keputusan karena merupakan aspek penting dari adaptasi/koping manusia terhadap kehidupan. Self regulasi muncul ketika seseorang memotivasi dan memandu tindakan mereka secara proaktif sesuai dengan harapan yang mereka miliki. Menurut Uno (2007) motivasi dapat diartikan sebagai dorongan internal dan eksternal dalam diri seseorang yang

diindikasikan dengan: 1) adanya hasrat dan minat untuk melakukan kegiatan, 2) adanya dorongan dan kebutuhan untuk melakukan kegiatan, 3) adanya harapan dan cita-cita, 4) penghargaan dan penghormatan atas diri, 5) adanya lingkungan yang baik, dan 6) adanya kegiatan yang menarik.

Hasil penelitian untuk motivasi diri didapatkan bahwa sebagian besar responden sangat setuju sulit untuk menghindari makanan yang mengandung garam, MSG, ikan asin, ikan bakar, susah untuk makan buah setiap hari dan semua responden laki-laki tidak dapat menolak ketika ditawarkan rokok, tidak rutin berjalan kaki minimal 3 kali dalam satu minggu selama 10 menit, lebih memilih naik motor ketika berpegian baik jarak jauh dan dekat, dan susah untuk menghindari makanan yang digoreng. Untuk self regulasi self regulasi responden sangat setuju menyerah terlalu mudah pada niat makan, susah untuk melakukan perubahan, tidak berusaha secara aktif untuk olahraga, tidak merasa beresalah ketika merokok dan tidak aktif secara fisik.

Apabila dilihat dari hasil penelitian ini membuktikan bahwa teori dari Bandura yang terdiri dari 3 komponen yaitu personal faktor, faktor lingkungan dan perilaku itu sendiri sesuai dengan hasil penelitian ini sedangkan teori tambahan seperti dari HPM tidak mempunyai korelasi.

6.3 Hasil Nilai antara Karakteristik Individu dengan Perilaku Kepatuhan Gaya Hidup Sehat

Hasil uji menggunakan PLS membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik individu dengan perilaku kepatuhan gaya hidup sehat dan hasil uji *outer loading* menunjukkan bahwa indikator penyusun karakteristik individu yang valid terdiri dari motivasi dan jenis kelamin serta indikator dari

perilaku gaya hidup sehat valid semua. Berdasarkan tabulasi silang penyebab tidak signifikannya karakteristik individu dengan kepatuhan gaya hidup sehat adalah indikator jenis kelamin dimana ketika self efikasi dan self regulasi pada jenis kelamin laki-laki rendah justru pada kepatuhan gaya hidup sehat banyak yang patuh dibandingkan perempuan.

Menurut Kartono dalam Astuti (2009) jenis kelamin/seks merupakan kualitas yang menentukan individu itu laki-laki atau perempuan yang menyatakan bahwa perbedaan secara anatomis dan fisiologis pada manusia menyebabkan perbedaan struktur tingkah laku dan struktur aktivitas antara pria dan wanita. Perilaku kesehatan antara pria dan wanita dijelaskan oleh Kozier (dalam Darusman, 2009) pada umumnya wanita lebih memperhatikan dan peduli pada kesehatan mereka dan lebih sering menjalani pengobatan dibandingkan pria. Menurut Hawk (2005) jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan, termasuk dalam mengatur pola makan. Hasil penelitian ini berbeda dengan teori diatas bahwa jenis kelamin tidak memiliki hubungan langsung dengan perilaku kepatuhan gaya hidup sehat. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati I (2015) Jenis kelamin pasien secara bersamaan tidak memberikan perbedaan yang signifikan pada tingkat kepatuhan menjalani diet. Kesadaran untuk berperilaku gaya hidup sehat baik pada laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan. Laki-laki dan perempuan mempunyai peluang yang sama dalam menerima suatu dukungan emosi, informasi dan instrumental baik positif maupun negative sehingga hal ini akan berdampak pada perilaku yang dihasilkan (Zanani 2009). Terdapat faktor yang

mempunyai peran dalam pembentukan perilaku seseorang, yaitu faktor intern dan faktor ekstern. Faktor intern meliputi kecerdasan, persepsi, motivasi, minat dan emosi sedangkan faktor ekstern meliputi obyek, orang, kelompok dan kebudayaan (Notoatmodjo 2003). Hal ini menjadi dasar bahwa baik laki-laki maupun perempuan tidak ada hubungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat karena adanya pengaruh faktor intern dan ekstern yang menjadikannya stimulus untuk seseorang berperilaku. Perilaku adalah suatu bentuk respons seseorang terhadap suatu stimulus atau rangsangan yang muncul dari luar (orang lain). Reaksi terhadap rangsangan yang muncul sangat bergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari seseorang yang bersangkutan. Sehingga respons tiap individu akan berbeda-beda meskipun stimulus yang diberikan dalam bentuk yang sama. Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneltian Novian A (2013) bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan gaya hidup sehat.

Karakteristik individu yang valid lainnya adalah motivasi. Berdasarkan hasil tabulasi silang didapatkan motivasi yang lemah ketidak patuhan terhadap gaya hidup sehat banyak yang tidak patuh. Hasil ini dikarenakan individu yang memiliki motivasi diri yang baik akan memiliki keyakinan bahwa dirinya mampu untuk melakukan tugas atau tindakan tertentu. Individu yang bertindak berdasarkan motivasi diri (intrinsik) akan lebih bertahan dibandingkan dengan individu yang berperilaku berdasarkan motivasi dari luar diri (ekstrinsik) (Lestari, 2012). Sehingga, ketika petugas kesehatan (dokter, perawat dan ahli gizi) memberikan dorongan dan pengetahuan kepada pasien dengan benar, motivasi dari dalam diri pasien akan semakin kuat dan pasien akan lebih mandiri

menjalankan diet dengan baik dan benar (Austin, S., et al, 2013). Sesuai dengan penelitian Oftedal, B.F. (2011), ketika seseorang termotifasi dengan adanya Rangsangan dari stimulus (dukungan keluarga, lingkungan, sosial) akan membentuk suatu ekspektasi (harapan) yang mempengaruhi respon (motivasi) sehingga menghasilkan sikap/perilaku (kepatuhan dalam diet) yang akan bertahan lama atau bersifat *continue*. Motivasi secara langsung tidak memiliki hubungan dengan kepatuhan gaya hidup sehat, melainkan melalui penguatan self efikasi dan self regulasi yang nantinya mempengaruhi kepatuhan (Bandura 2004). Motivasi dipengaruhi oleh dukungan keluarga, budaya dan norma-norma yang berlaku. Hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan kepatuhan (Muna L dan soleha U 2014).

Pernyataan diatas mengenai jenis kelamin dan motivasi bahwa agar pasien dapat patuh terhadap gaya hidup sehat maka perlunya dukungan lingkungan yang dapat menguatkan keyakinan diri dan pengaturan pola hidup sehat yang nantinya dapat terwujud perilaku kepatuhan. Untuk Hasil penelitian dari Stacey et al (2016) dan elileen S et (2016) bahwa yang berpengaruh paling besar terhadap perubahan perilaku adalah lingkungan baik itu dukungan sosial maupun petugas kesehatan, wajar jika karakteristik individu tidak memiliki hubungan secara langsung dengan kepatuhan karena memang seseorang baik itu dilihat dari segi usia, pendidikan, pendapatan, IMT, persepsi, pekerjaan, jumlah anak dan riwayat anak apabila memiliki dukungan social yang rendah tentu hal ini akan berpengaruh terhadap perilaku karena menurut Leininger dalam Alligod (2014) bahwa manusia tidak dapat dipisahkan dari struktur budaya sosial serta konteks

lingkungan tentu pernyataan ini sesuai dengan hasil penelitian ini membuktikan bahwa dukungan teman dan dukungan petugas kesehatan adalah rendah.

Responden yang mengalami hipertensi di Kota Bima dari segi pola makan masih banyak yang mengkonsumsi makanan laut yang dibakar, daging, ikan asin dan mengkonsumsi sayuran serta buah kurang dari 5 kali. Responden mengatakan tidak takut mengonsumsi daging dan makanan yang asin karena sehabis mengkonsumsi makanan tersebut biasanya mereka langsung mengkonsumsi obat penurun tekanan darah hal inilah yang membuat responden sulit untuk menghindari makanan tersebut. Kebiasaan beraktifitas dan olahraga saat ini responden laki-laki yang berprofesi sebagai petani banyak yang mengatakan sudah jarang berpegian ke sawah dengan jalan kaki karena rata-rata responden dapat mengendarai motor dan responden yang tidak dapat mengendarai motor biasanya diantar oleh sanak keluarga ketika berpegian ke kebun atau ke sawah. Ketika disawah biasanya kebanyakan responden duduk sambil merokok. Responden yang berjenis kelamin perempuan mengatakan bahwa beraktifitas biasannya adalah menyapu, berjualan, mencuci dan memasak akan tetapi beraktifitas seperti jalan kaki, olahraga sangat jarang dilakukan karena memang olahraga seperti senam, bersepeda dan jenis olahraga lainnya masih belum familiar. Responden laki-laki mayoritas adalah perokok dengan tingkat merokok yang sering. Karena pekerjaan yang lelah dapat diobati dengan merokok bahkan tekanan darah yang tinggi menurut mereka akan turun dengan merokok dan mengkonsumsi obat tekanan darah tinggi.

Kebiasaan dari responden diatas mencerminkan karakteristik individu dan kepatuhan pada pasien hipertensi di Kota Bima. Karakteristik individu dicerminkan dari kebiasaan responden laki-laki yang merokok dan aktifitas merokok tidak ada pada responden perempuan, kepatuhan pola makan dimana kebiasaan makan daging, garam dan penyedap serta konsumsi buah dan sayur <5 kali dan motivasi pada gaya hidup sehat pada pola makan yang tidak dapat menghindari makanan yang dilarang, tetapi motivasi untuk makan sayur dan buah tetap ada hanya saja untuk mendapatkannya masih susah.

6.4 Hasil Nilai antara Faktor Lingkungan dengan Faktor Personal

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara faktor lingkungan dengan faktor personal dengan arah hubungan positif, yang berarti semakin bagus faktor lingkungan maka faktor personal akan semakin kuat. Indikator dari faktor lingkungan sebagian besar adalah valid yaitu dukungan teman dan dukungan petugas kesehatan serta faktor personal yang sudah valid adalah self efikasi dan self regulasi.

Bandura dalam *social cognitive theory* (2004) menjelaskan bahwa faktor lingkungan mempengaruhi faktor personal. Faktor lingkungan sangat menentukan faktor personal.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dukungan petugas kesehatan paling banyak kategori sedang dengan self efikasi kategori sedang. Jenis dukungan yang dapat diberikan dalam meningkatkan self efikasi adalah dukungan informasi melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien yang mendorong terjadinya pembelajaran

sebagai upaya menambah pengetahuan baru, sikap, dan ketrampilan untuk menghasilkan perilaku yang baru (Notoatmodjo, 2007; Potter & Perry, 2009). Hal ini dapat meningkatkan self efikasi pasien untuk meningkatkan kepatuhan gaya hidup sehat. Penelitian yang dilakukan oleh Riyadi S (2017) bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan dengan self efikasi untuk merubah perilaku. Penelitian yang dilakukan oleh Gorin SS dan Heck JE (2016) bahwa dukungan petugas kesehatan dalam bentuk konseling dimana petugas kesehatan melakukan kontak langsung dengan pasien via telepon ataupun surat bahkan menyediakan alat atau bahan untuk mengurangi kebiasaan merokok dan hasilnya dapat meningkatkan self efikasi sehingga kebiasaan merokok sedikit-demi sedikit berkurang. Penelitian lainnya bahwa petugas kesehatan membantu pasien terlibat untuk meningkatkan kepatuhan seperti membantu klien dapat mengambil keputusan, dalam aktifitas perawatan diri, dan memberikan rasa hormat pada pasien serta mampu memberikan penjelasan dan berbahasa local pun ternyata dapat meningkatkan self efikasi pasien (Chen et al 2013).

Hasil penelitian didapatkan bahwa dukungan petugas kesehatan dalam kategori sedang dengan self regulasi kategori sedang. Menurut Cameron DR et al. (2003) dalam bukunya yang berjudul *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour* bahwa memahami konsep diri dan pola gaya hidup individu dapat memiliki pengaruh besar pada kualitas interaksi dengan penyedia layanan kesehatan hal ini berkaitan dengan dukungan petugas kesehatan baik itu dokter

maupun perawat dan meningkatkan efektivitas strategi self regulasi yang berdampak pada pengalaman kesehatan dan penyakit.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dukungan teman lebih banyak dalam kategori sedang dengan self regulasi kategori sedang. Hubungan antara dukungan sosial teman dengan self regulasi menurut penelitian Gorin A et al. (2014) bahwa dukungan sosial teman memberikan pengaruh terhadap self regulasi dalam penurunan berat badan seperti dengan pengaturan pola makan yang sehat. Faktor yang mempengaruhi self regulasi menurut dalam teori bandura (2004) terdiri dari 2 faktor yaitu eksternal meliputi standar untuk mengevaluasi perilaku sendiri terdiri dari dukungan faktor lingkungan yang akan berinteraksi dengan pengaruh personal yang akan digunakan individu sebagai evaluasi. Lingkungan disini bisa keluarga dan bisa teman sosialisasi lainnya. Berdasarkan penelitian dari Courneya and Mc Auley (1995) dalam Anderson ES et al. (2006) dalam meningkatkan aktifitas fisik dukungan sosial baik teman sangat berpengaruh terhadap peningkatan self regulasi dan self efikasi. Lingkungan merupakan kunci untuk meningkatkan kepatuhan dalam beraktifitas dimana faktor lingkungan meliputi teman, partner latihan (bandura 1997).

Hasil penelitian ini sangat menarik karena beretolak belakang dengan budaya gotong royong yang ada di Bima akan tetapi pada hal-hal tertentu menunjukkan dukungan teman masih ada yang rendah. Responden banyak yang memilih sangat setuju bahwa tidak dapat mengandalkan teman-teman ketika sakit. Sangat setuju bahwa tidak memiliki teman untuk berbagi kesedihan dan kegembiraan, sangat setuju tidak ada yang peduli dengan kondisi responden.

Dukungan petugas kesehatan sebagian besar responden menjawab tidak setuju bahwa memiliki setidaknya satu petugas kesehatan yang peduli dengan kondisinya, tidak setuju bahwa ada satu petugas kesehatan yang dapat diandalkan untuk membantu dalam menjaga kesehatan dan kurang setuju memiliki minimal satu pelayanan kesehatan yang selalu memberikan informasi mengenai kesehatannya.

Dukungan lingkungan dicerminkan oleh dukungan teman yang masih rendah dibuktikan dengan masih ada teman yang tidak memberi dukungan agar responden melakukan gaya hidup sehat, masih ada teman yang tidak peduli dengan kondisi responden. Dukungan petugas kesehatan dicerminkan oleh petugas kesehatan belum optimal memberikan informasi seputar kesehatan terutama mengenai gaya hidup sehat.

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa dukungan keluarga mayoritas kuat justru memiliki self efikasi dan self regulasi yang rendah. Hasil identifikasi dengan responden didapatkan bahwa sangat setuju bahwa keluarga sangat membantu, sangat setuju dapat membicarakan masalah dengan keluarga, sangat setuju ada orang special yang ada disekitar ketika membutuhkan. Dukungan yang diberikan keluarga membuat self efikasi dan self regulasi menjadi rendah seperti kemanapun responden pergi baik itu jarak dekat ataupun sedang selalu diantar dengan sepeda motor hal ini membuat pasien yakin untuk tidak berolahraga, ketika responden sakit dan responden tidak nafsu makan oleh keluarga dibelikan makanan yang disukai responden yang justru membuat self regulasi dan self efikasi akan pola makan sehat menjadi rendah.

6.4 Hasil Nilai antara Faktor Lingkungan dengan Kepatuhan

Hasil penelitian menunjukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara faktor lingkungan dengan kepatuhan. Faktor lingkungan yang valid terdiri dari dukungan teman dan dukungan petugas kesehatan dalam meningkatkan kepatuhan gaya hidup sehat. Menurut Bandura (2007) bahwa dalam melakukan promosi kesehatan dalam rangka merubah perilaku menjadi perilaku sehat yaitu dengan dukungan petugas kesehatan, dalam hal ini memberikan dukungan dalam hal penyediaan jalur komunikasi kesehatan yang dapat merubah kebiasaan kesejatan dan menggunakan media seperti memberi tahu, memodelkan dan memotivasi dan memandu individu dalam proses perubahan baik itu membuat jejaring sosial dan pengaturan komunitas dimana tempat-tempat khusus ini terus dibimbing secara intensif. Kamerrer et al. (2007) mengemukakan bahwa faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis yaitu adanya dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu dan uang menyebabkan mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidakpatuhan, dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan (Hidayati 2012). Seseorang yang mendapat dukungan akan merasa diperhatikan, merasa berharga, percaya diri dan menumbuhkan rasa yakin sehingga pasien mampu mentaati aturan yang harus dijalani, dan hal itu akan lebih mendukung pasien dalam kepatuhan berperilaku sehat (Andriani 2013). Hasil penelitian menunjukkan pasien memiliki keluarga dan orang spesial (istri/anak/pacar) yang perhatian kepada mereka. Kedekatan pasien dengan orang-orang disekitarnya juga dapat menimbulkan ikatan emosional diantara keduanya.

Ikatan emosional tersebut dapat dirasakan oleh pasien sebagai dukungan sosial dan menjadi sebuah pengaruh tersendiri bagi pasien yang sekaligus dapat mempengaruhi kepatuhan dalam hal peningkatan gaya hidup sehat.

Dukungan teman masih kurang tercermin dari responden banyak yang menjawab sangat setuju bahwa teman-teman tidak dapat membantu saat sakit seperti tidak mendukung agar klien dijauhkan dari makann yang dilarang ketika ditempat acara, tidak melarang merokok atau diajak merokok ketika berkumpul akibatnya kepatuhan gaya hidup pasien menjadi tidak patuh. Dukungan petugas kesehatan dicerminkan oleh petugas kesehtan belum optimal memberikan informasi seputar kesehatan terutama mengenai gaya hidup sehat.

6.5 Hasil Nilai antara Faktor Personal dengan Kepatuhan

Hasil penelitian menggunakan PLS menunjukan adanya hubungan antara faktor personal yang terdiri dari self efikasi dengn self regulasi dengan kepatuhan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anderson ES (2006) yang membuktikan bahwa ada hubungan antara self efikasi dan self regulasi terhadap perubahan perilaku kesehatan berkaitan dengan aktifitas fisik. Self efikasi dan self regulasi adalah akar dari teori bandura dalam sosial cognitive theory dimana rendahnya self efikasi seseorang akan mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak. Individu yang memiliki self efikasi yang kuat dalam dirinya akan melakukan usaha yang besar dalam menghadapi tantangan. Kegigihan yang kuat yang mendukung pencapaian suatu perubahan yang optimal dan self efikasi akan berpengaruh terhadap aktifitas yang dipilih.

Self regulasi adalah cara bagaimana manusia mampu mengatur dirinya sendiri, nantinya berpengaruh terhadap perilakunya (Bandura 1997 dalam Shofiya & Raudatussalamah 2004). Self regulasi dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu eksternal yaitu dukungan lingkungan dan internal yang berasal dari diri sendiri seperti motivasi dan pengetahuan yang nantinya akan menciptakan suatu bentuk perilaku yang baru. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Prabaningrum C (2016) bahwa ada hubungan antara self regulasi dengan kepatuhan dalam menjalankan diit.

Banyak responden yang menjawab tidak yakin untuk tidak mengkonsumsi makanan tinggi garam dan lemak serta sangat setuju mudah menyerak pada niat akan, banyak yang menjawab tidak yakin untuk makan-makanan tanpa penyedap, tidak yakin dan mudah menyerah untuk olahraga secara tertaur 3 kali dalam 1 minggu dan responden laki-laki banyak yang menjawab sangat yakin dan tidak dapat menolak ketika ditawari merokok akibatnya responden mengkonsumsi makanan mengandung garam, penyedap, makanan yang berlemak, olahraga kurang dari 3 kali dalam 1 minggu dan masih merokok untuk responden laki-laki. Hal tersebut mencerminkan self efikasi dan self regulasi yang masih rendah yang berakibat tidak patuhnya responden pada gaya hidup sehat.

6.6 Keterbatasan Penelitian

1. Peneliti hanya menggunakan 1 kali pengukuran dalam penelitian ini dan peneliti hanya mengukur saat pasien di Puskesmas sehingga berefek pada bias yang tinggi.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Penggunaan model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat dengan menggunakan *social cognitive theory* pada pasien hipertensi menunjukkan bahwa jenis kelamin, motivasi, dukungan teman dan dukungan petugas kesehatan sama-sama dapat meningkatkan self efikasi dan self regulasi dengan besar kekuatan korelasi T statistika 7.681 yang nantinya dapat meningkatkan kepatuhan gaya hidup sehat dengan besar kekuatan korelasi T statistika 3.168. Dukungan petugas kesehatan dan dukungan teman dapat meningkatkan secara langsung kepatuhan gaya hidup sehat dengan besar kekuatan korelasi T statistika 10.759

7.2 Saran

7.2.1 Bagi petugas kesehatan

1. Intervensi untuk meningkatkan kepatuhan gaya hidup sehat oleh petugas kesehatan berbasis *social cognitive theory* perlu dilakukan.
2. Bagi perawat komunitas dapat melatih para kader posyandu. Pemberian pelatihan kader akan memperluas cakupan pemberian model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat guna mengatasi terbatasnya waktu dan tenaga petugas kesehatan.

7.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian sejenis dengan melakukan pengukuran yang tidak hanya dilakukan di Puskesmas melainkan sampai pasien di rumah hal ini untuk meminimalkan terjadinya bias.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender and Spradley, 2005, *Community health nursing concepts and practice*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Alligood, MR 2014, *Nursing theory & their work 8 th ed*, Mosby Elsevier, Missouri.
- Alwisol, 2009, *Psikologi kepribadian edisi revisi*, UMM Press, Malang.
- Almatsier, S 2004, *Prinsip dasar ilmu gizi*, Gramedia Pustaka Umum, Jakarta.
- Ahn, SH, Kwon, JS, Kim, K and Kim, HK 2017. 'Stages of behavioral change for reducing sodium intake in Korean consumers: comparison of characteristics based on social cognitive theory'. *Nutrients*, Vol.9, No.8, diakses 17 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.1181/13548506.2013.975354>>.
- American Heart Association, 2017, 'The facts about high blood pressure', diakses 2 December 2017, <<https://www.heart.org> >.
- Annesi, JJ and Tennant, GA 2013, 'Mediation of social cognitive theory variables in the relationship of exercise and improved eating in sedentary adults with severe obesity', *Psychology, Health and Medicine*, Vol.18 No.6, Hal.714–724, diakses 16 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.1080/13548506.2013.766354>>.
- Appel, LJ, Brands, MW, Daniels, SR, Karanja, N, Elmer, PJ and Sacks, FM 2006, 'Dietary approaches to prevent and treat hypertension: A scientific statement from the American Heart Association', *Hypertension*, Vol.47 No.2, Hal. 296–308, diakses 16 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000202568.01167.B6>>.
- Arianto, 2006, 'Faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada nelayan di pelabuhan Tegal, Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang
- Arifin, MH 2016, 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Hipertensi', *E-Jurnal Medika*, Vol.5, No.7.
- Bandura, A 2004, 'Health education and behavior', diakses 13 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.1177/1090198104263660>>.
- Battegay, Edouard, J, Gregory, LH, Bakris, George, S 2005, *Hypertension : Principles And Practice : Definition And Classification Hypertension*, Taylor & Francis Group pp, United States of America.

- Brannon, L and Feist, J 2009, *Health psychology: an introduction to behavior and health*, 7th ed, Brooks, USA.
- Borhaninejad, Iranpour, Shati, and Tahami AN, Yousefzadeh, GF 2017, 'Predictors of Self-care among the Elderly with Diabetes Type 2: Using Social Cognitive Theory', *Diabetes Metab*, Vol. 3, Hal. 163–166. diakses 17 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2016.08.017>>.
- Cameron, R, Ginsburg, H, Westhoff, M and Mendez, RV 2012, 'Ajzen's theory of planned behavior and social media use by college students', *American Journal of Psychological Research*, Vol. 8, No.1, Hal. 1–20.
- Careers, SD, Berger, DE and Pezdek, K, *Applied Psychology: New Frontiers and Rewarding*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.
- Chobanian, AV, Bakris, GL, Black, HR, Cushman, WC, Green, LA, Izzo, JL, Roccella, EJ 2003, 'Seventh report of the joint national committee on prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure', *Hypertension*, Vol.42, No. 6, Hal. 1206–1252, diakses 17 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>>.
- Corwin, E 2005, *Buku saku patofisiologi*, EGC, Jakarta
- Deborah, SK and Marion, RW 2000, 'Obesity and hypertension', *Drug Topics*, Vol. 144, No.1, diakses 26 Desember 2017, <<http://search.proquest.com/docview/205086043?Accountid=25074>>.
- Depkes RI 2002, *Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat*, Jakarta.
- Ervin, 2002, *Advanced Community Health Nursing Practice Population-Focused Care*, Prentice Hall, New Jersey.
- Forouzanfar, MH, Liu, P, Roth, GA, Ng, M, Biryukov, S, Marczak, L, Murray, C 2017, 'Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015', *Jama*, Vol. 317 No.2, Hal.165, diakses 18 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.1001/jama.2016.19043>>.
- Friedman and Marilyn, M 2010, *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan. Praktek*, Jakarta, EGC.
- Feuerstein, L and Kuczmierczyk, 1986, *Health psychology: A psychobiological perspective*, Springer Science, New York.
- Grizzle, Rebecca, W 2009, 'Occupational stress, diet self-efficacy, eating habits and body composition in police officers'.
- Gross, BA, Busby, F, Erith, S, Karen and Panco, C E, 2013, 'Using culturally sensitive education to improve adherence with anti hypertension regimen,

Vol.20 Hal. 2.

Gufron, M 2011, *Teori teori psikologi*, Ar-ruzz Media, Jogjakarta

Hajjar, I and Kotchen, Ta 2003, 'Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the united states, 1988-2000'. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 290, No.2, Hal.199–206, diakses 3 November 2017, <<https://doi.org/10.1001/jama.290.2.199>>.

Heiss, VJ and Petosa RL 2016, 'Social cognitive theory correlates of moderate-intensity exercise among adults with type 2 diabetes', *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 21, No.1, Hal. 92–101, diakses 5 November 2017, <<https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1017510>>.

Hidayanty, H, Bardosono, S, Khusun, H, Damayanti, R and Kolopaking, R 2016, 'A social cognitive theory-based programme for eating patterns and sedentary activity among overweight adolescents in Makassar, South Sulawesi: A cluster randomised controlled trial' *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, Hal. S83–S92, diakses 25 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.6133/apjcn.122016.s7>>.

Hu, HH, Li, G and Arao, T 2015, 'The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community', *Journal of Human Hypertension*, Vol.29 No. 3, Hal. 198–203, diakses 10 November 2017, <<https://doi.org/10.1038/jhh.2014.58>>.

James, PA, Oparil, S, Carter, BL, Cushman, WC, Dennison-Himmelfarb, C, Handler, J, Ortiz, E 2014, '2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults', *Jama*, Vol. 311, No. 5, Hal. 507, diakses 10 November 2017, <<https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>>.

JNC VII 2003, 'The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure', *Hypertension*, Vol.42, No. 1206, Hal, 5, diakses 2 Desember 2017, <<http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/42/6/1206>>.

Kayode, OM, Shalomm, AU, & Jokotade, A 2012, 'Knowledge of disease and adherence to drug therapy in persons with type 2 diabetes and hypertension', *Global Journal of Medical Research*, Vol.12, No. 2, diakses 2 Desember 2017 <<https://doi.org/2249-4618>>.

Kemenkes, RI 2014, *Pusdatin Hipertensi. Infodatin*, diakses 2 Desember 2017 <<https://doi.org/10.1177/109019817400200403>>.

- Kuiper, R 2005, 'Self-regulated learning during a clinical perceptorship: the reflections of senior baccalaureate nursing students'. *Nursing Education Perspective*, Vol.26, No.6, Hal. 351-35.
- Khoiriyyah, A and Ediaty, A 2015, 'Pengaruh buku harian untuk meningkatkan kepatuhan pada pasien hipertensi : studi kuasi eksperimen pada pasien hipertensi, Vol. 4, No.1, Hal. 35–42.
- Mudrajat, K 2007, *Metode Riset Untuk Bisnis dan Ekonomi*, Erlangga, Jakarta.
- Kristanti, P 2015, 'fektifitas dan efek samping penggunaan obat antihipertensi pada pasien hipertensi di Puskesmas Kalirungkut Surabaya', *Jurnal Ilmiah*, Vol.4, No.2, Hal. 1–13.
- M.Hedge, S and Scott DS 2015, 'Influence of physical activity on hypertension and cardiac structure and function', Vol. 14 No.11, Hal. 871–882, diakses 2 Desember 2017 <<https://doi.org/10.1111/obr.12065>>.
- Nalepa, D, Czekirda, M, Załuska, W and Lalik, S 2014, 'Eating behavior among patients with hypertension', *Medline Science*, Vol. 2, No. 4, Hal. 25–28.
- Neupert, shevaun, D, Lacman, M and Whitbourne, SB 2015, 'Exercise self-efficacy and control beliefs predict exercise behavior after an exercise intervention for older adults', *J Aging Phys ACT*, Vol. 27, No. 3, Hal.320–331. diakses 2 Desember 2017, <<https://doi.org/10.1002/nbm.3066>>.
- Notoatmodjo, S 2007, *Pendidikan dan Perilaku kesehatan* .Cetakan 2, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam 2013, *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Pender, NJ 2011, *Health Promotion Model Manual*, *University of Michigan*, Hal. 1–17, diakses 14 Oktober 2017, <Retrieved from <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>>.
- Primates, P, Falaschetti, E, Gupta, S, Marmot, MG and Poulter, NR 2001, 'Evidence From the Health Survey for England', *Hypertension*, Vol. 37, Hal.187–193.
- Purwanto, AV and Sari, KA 2014, 'Tingkat Kepatuhan Pengobatan Dan Perubahan Gaya Hidup Sehat Pasien Hipertensi'. *Ism*, Vol.5 No.1, Hal.1–10.
- Price, SA, and Wilson, LM 2006, *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-. Proses Penyakit*, Edisi 6, Volume 1, EGC, Jakarta.
- Riset Kesehatan Dasar 2013, Badan Penelitian dan Pengembangan. Kesehatan

- Kementerian RI tahun 2013, diakses 19 Oktober 2017, < [http:// www. depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risksedas%20 · 2013](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risksedas%20%2013)>.
- Schoenthaler, AM, Butler, M, Chaplin, W, Tobin, J and Ogedegbe, G 2016,' Predictors of changes in medication adherence in blacks with hypertension: moving beyond cross-sectional data', *Annals of Behavioral Medicine*, Vol.50, No5, Hal. 642–652, diakses 19 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.1007/s12160-016-9791-y>>.
- Sani, A, Vivin, M 2013, *Metodologi penelitian manajemen sumber daya manusia : teori, kuesioner, dan analisis data*. Uin Press, Malang
- Supriyadi, 2014, *Statistik kesehatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Stanle, M 2007, *Buku ajar keperawatan gerontik* 2nd ed, EGC, Jakarta.
- Schulz, E, Gori, T and Münzel, T 2011,'Oxidative stress and endothelial dysfunction in hypertension', *Hypertension Research*, Vol. 34, No. 6, Hal. 665–673. diakses 19 Oktober 2017, <<https://doi.org/10.1038/hr.2011.39>>.
- Sani, A, Maharani, Vivin 2013, *Metodologi Penelitian Manajemen Sumber. Daya Manusia : Teori, Kuesioner, dan Analisis Data*, Uin Press, Malang.
- Shofiah, V and Raudatussalamah 2014,'Self- efficacy dan Self-Regulation Sebagai Unsur Penting Dalam Pendidikan Karakter (Aplikasi Pembelajaran Mata Kuliah Akhlak Tawasuf)', *Jurnal Penelitian Sosial Keagamaan*, Vol.17 No.2, Hal. 214–229.
- Sheps, SG 2005, *Mayo clinic hipertensi; mengatasi tekanan darah tinggi*, Intisari Mediatama, Jakarta.
- Spek, V, Lemmens, F, Chatrou, M, Van Kempen, S, Pouwer, F and Pop, V 2013,'. Development of a smoking abstinence self-efficacy questionnaire', *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol.20, No. 3, Hal. 444–449, diakses 17 November 2017, <<https://doi.org/10.1007/s12529-012-9229-2>>.
- Stacey, FG, James, EL, Chapman, K and Lubans, DR 2016,'Social cognitive theory mediators of physical activity in a lifestyle program for cancer survivors and carers: findings from the ENRICH randomized controlled trial', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, Vol. 13, No. 1, Hal. 49. diakses 17 November 2017, <<https://doi.org/10.1186/s12966-016-0372-z>>.
- Tavares, LS, Plotnikoff, RC, and Loucaides, C 2009,'Social-cognitive theories for predicting physical activity behaviours of employed women with and without young children, *Psychology, Health and Medicine*, Vol. 14, No. 2, Hal. 129–142, diakses 17 November 2017, <<https://doi.org/10.1080/13548500802270356>>.

- Taylor, LM, Raine, KD., Plotnikoff, RC, Vallance, JK, Sharma, AM and Spence, JC 2016, 'Understanding physical activity in individuals with prediabetes: an application of social cognitive theory, *Psychology, Health & Medicine*, Vol.21, No. 2, Hal.254–260, diakses 17 November 2017, <<https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1058486>>.
- Triwibowo, H 2010, 'Hubungan Gaya Hidup (Lif Pada Penderita Hiperten)', *Keperawatans Sehat*, Vol.5, No.2, Hal. 27–33.
- Vahdaninya, Z, Nakhaei, M, Nasiri, A, Sharifzadeh, G and Abdolrazaghnezhad, M 2015, 'Training based on orem ' s model on knowledge, attitude and self-efficacy of mothers in preventing domestic accidents', *Modern Care*, Vol. 12, No.3, Hal. 119–124.
- Yogiantoro, M 2009. *Hipertensi Esensial. In: Sudoyo, A.W., et al eds. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, 5th ed, Jilid II, Interna Publishing, Jakarta.

LAMPIRAN 1**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nurul Khusnul Khotimah
NIM : 131614153079

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian yang berjudul “Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pada Pasien Hipertensi berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima”. Penelitian ini bermanfaat untuk merumuskan model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat sebagai upaya untuk meningkatkan gaya hidup sehat pada pasien hipertensi.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/ Ibu/ Saudara menjadi responden dalam penelitian ini. Semua data yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan. Data hanya disajikan untuk keperluan penelitian ini. Apabila dalam penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan, maka responden dapat mengundurkan diri.

Apabila Bapak/ Ibu/Saudara bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Kota Bima, Februari 2018
Hormat Saya,

Nurul Khusnul Khotimah

LAMPIRAN 2**LEMBAR PENJELASAN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Nurul Khusnul Khotimah
NIM : 131614153079
Mahasiswa : Program Magister Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Saat ini sedang melakukan penelitian yang berjudul “Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pada Pasien Hipertensi berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima”. Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu saya informasikan terkait dengan keikutsertaan pasien dengan hipertensi sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah Menjelaskan Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pada Pasien Hipertensi berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima.
2. Manfaat penelitian ini adalah memperoleh model yang dapat digunakan untuk Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pada Pasien Hipertensi berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima
3. Bapak/ Ibu/ Saudara akan dilakukan pemeriksaan Tekanan darah. pemeriksaan ini dilakukan 1x pada saat kunjungan. Tekanan darah diukur menggunakan tensimeter pada saat proses pemeriksaan.
4. Bapak/ Ibu/ Saudara juga akan diberikan pertanyaan dari kuesioner yang nantinya jawabanya akan disalin oleh asisten peneliti ke lembar kuesioner. Waktu yang dibutuhkan lebih kurang 10 menit.
5. Apabila dalam jalannya penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan maka responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden.
6. Pada akhir penelitian responden mendapat cinderamata berupa sovenir dari peneliti.
7. Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bukan merupakan suatu paksaan melainkan atas dasar sukarela. Oleh karena itu, Bapak/ Ibu/ Saudara berhak memutuskan untuk melanjutkan ataupun menghentikan keikutsertaan karena alasan tertentu yang dikonfirmasi kepada peneliti.
8. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan.

9. Semua responden akan mendapat perlindungan dan perlakuan yang sama. Dengan penjelasan tersebut diatas, saya berharap Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudara bersedia menjadi responden penelitian ini. Atas kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Yang menerima penjelasan,
Bima, Februari 2018
Peneliti,

() Nurul Khusnul Khotimah.

Saksi,

$$(\quad)$$

LAMPIRAN 3**INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
 Alamat :
 Status :
 Usia :
 Jenis Kelamin :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pada Pasien Hipertensi berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian

dan mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Yang membuat pernyataan, Bima, Februari 2018
Peneliti,

(Nurul Khusnul Khotimah.

Saksi,

()

LAMPIRAN 4**KUESIONER PENELITIAN**

Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pada Pasien Hipertensi Dengan Pendekatan berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima.

Tanggal : (diisi peneliti)

Nomor Responden : (diisi peneliti)

DATA DEMOGRAFI

1. Usia :tahun (diisi)
2. Jenis kelamin :(pilih salah satu)
 - 1) Perempuan
 - 2) Laki-laki
3. Pendidikan terakhir :(pilih salah satu)
 - 1) SD
 - 2) SLTP
 - 3) SLTA
 - 4) Perguruan tinggi
4. IMT :BB (.....)...Tinggi Badan (.....).. (diisi peneliti)
5. Pekerjaan :
6. Pendapatan tiap bulan : (diisi)
7. Jumlah anak :
8. Keluarga yang memiliki penyakit hipertensi:
 - 1) Ada
 - 2) Tidak ada

LAMPIRAN 4 a**MOTIVASI DIRI**

No	Pernyataan	Tidak setuju	Kurang setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Saya sulit untuk menghindari makanan yang mengandung micin (MSG)				
2.	Saya sulit untuk menghindari makanan yang mengandung garam				
3.	Saya harus menghindari konsumsi ikan laut				
4.	Saya harus menghindari konsumsi ikan asin				
5.	Saya susah untuk menghindari ikan bakar				
6.	Saya susah untuk menghindari bebek bakar				
7.	Saya susah untuk menghindari ayam bakar				
8.	Saya harus makan sayur dan buah tiap hari				
9.	Saya harus terbiasa untuk tidak merokok baik itu jenis rokok biasa maupun rokok elektrik				
10.	Saya tidak dapat menolak ketika ada teman yang menawari rokok				
11.	Saya harus berjalan kaki minimal 10 menit minimal 3x dalam 1 minggu				
12.	Saya lebih memilih naik motor dari pada jalan kaki dalam berpergian jarak dekat				
13.	Saya akan selalu makan daging selama gejala hipertensi belum muncul				
14.	Saya harus menghindari makanan yang digoreng				

LAMPIRAN 4 b**PERSEPSI PASIEN TERHADAP PENYAKIT**

No	Pernyataan	Tidak Setuju	Kurang setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Penyakit hipertensi yang saya alami tidak dapat disembuhkan				
2.	Saya merasa penyakit hipertensi yang saya alami ini merupakan waktunya saya untuk istirahat				
3.	Penyakit hipertensi yang saya alami memberikan dampak/pengaruh besar dalam hidup saya seperti saya tidak dapat makan makanan yang saya sukai misalnya bakso, sate.				
4.	Saya mampu mengatasi keluhan saya, misalnya keluhan sakit kepala.				
5.	Saya merasa penyakit hipertensi yang saya alami tidak jelas, kadang tekanan darahnya naik kadang bisa turun.				
6.	Saya menjadi tertekan ketika memikirkan penyakit hipertensi yang saya alami				
7.	Ketika saya memikirkan penyakit hipertensi ini, saya menjadi bingung dan khawatir				
8.	Saya pasrah dan bisa menerima penyakit hipertensi yang saya alami ini				
9.	Penyakit hipertensi yang saya alami membuat aktifitas saya terbatas				

Sumber: *Illness perception questioner revised* (Ronna M, 2016)

LAMPIRAN 4 c**SELF EFIKASI**

Seberapa yakin anda dapat melakukan hal-hal dibawah ini?

No	Pernyataan	Sangat yakin	Yakin	Kurang yakin	Tidak yakin
1.	Ketika anda berada disebuah undangan yang menyediakan makanan tinggi lemak, dan tinggi garam serta makanan yang rendah lemak dan rendah garam, maka anda akan memilih makanan rendah lemak dan rendah garam				
2.	Anda memasak dengan porsi kecil sehingga makanan tidak bersisa				
3.	Tidak menyediakan garam dimeja makan				
4.	Memakan sayur yang tidak bergaram dan tidak berasa				
5.	Mengganti kopi dengan air putih				
6.	Berolahraga secara teratur (3 kali setiap minggu selama 20 menit)				
7.	Berolahraga saat anda memiliki terlalu banyak pekerjaan yang harus dilakukan di rumah				
8.	Berolahraga saat ada hal-hal yang menarik				
9.	Tidak akan merokok saat berada di sebuah undangan atau berkunjung kesuatu tempat				
10.	Tidak akan merokok saat melihat seseorang sedang merokok.				

Sumber: *Self efficacy exersice* (Neupart et.al 2015), *Self efficacy smoking* (Spek et.al 2013) dan *Dietery self efficacy* (Salis et al 2013)

LAMPIRAN 4 d**SELF REGULASI**

No	Pernyataan	Tidak setuju	Kurang Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Saya menyerah terlalu mudah pada niat makan saya				
2.	Mudah bagi saya untuk mengalihkan dari niat makan saya seperti niat makan bakso, gule kambing dan lain-lain.				
3.	Saya sulit mengingat apa yang telah saya makan sepanjang hari				
4.	Jika saya tidak makan dengan cara saya biasanya, saya berniat melakukan perubahan				
5.	Saya berusaha berolahraga teratur karena saya merasa bersalah jika saya tidak berolahraga secara teratur				
6.	Saya berusaha aktif secara fisik karena berolahraga membantu saya merasa lebih baik				
7.	Saya mencoba untuk cukup aktif secara fisik karena hal ini menyenangkan				
8.	Saya merasa bertanggung jawab terhadap kesehatan saya				
9.	Saya akan merasa bersalah terhadap diri saya sendiri jika saya merokok				
10.	Orang lain akan marah kepada saya jika saya merokok				

Sumber: *Smoking cessation* (Geofferey et.al 1997), *Self regulation exercise* (Friederich 2015) dan *self regulation diterry* (Bandura 1997)

LAMPIRAN 4 e**DUKUNGAN KELUARGA, DUKUNGAN TEMAN DAN DUKUNGAN
PETUGAS KESEHATAN**

No	Pertanyaan	Tidak setuju	Kurang setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Keluarga saya sangat membantu saya (dalam hal mengurangi konsumsi garam dan MSG)				
2.	Keluarga saya selalu menyemangati saya untuk menghadapi masalah yang saya alami (Misalnya ketika merasa sakit kepala sehabis memakan daging, maka anak/suami/istri akan menyemangati agar mengontrol konsumsi daging).				
3.	Saya dapat membicarakan masalah saya dengan keluarga (menceritakan kepada keluarga bahwa sakit kepala yang dialami karena mengkonsumsi daging atau makanan tinggi lemak dan tinggi garam).				
4.	Keluarga saya bersedia membantu saya membuat keputusan (membantu untuk memilihkan makanan yang dapat menurunkan tekanan darah misalnya timun suri, /menganjurkan olahraga/ melarang untuk rokok dan diganti dengan makan buah).				
5.	Ada orang spesial (suami/ istri/ anak/ orang tua/ saudara kandung) yang ada disekitar saya ketika saya membutuhkannya (menemani berolahraga)				
6.	Ada orang yang spesial (suami/istri/anak/ orang tua/saudara kandung) yang saya dapat berbagi kegembiraan dan kesedihan saya.				
7.	Saya memiliki orang spesial (suami/istri/ anak/ orang tua/ saudara kandung) yang merupakan sumber hiburan bagi saya.				
8.	Saya bisa mengandalkan teman-teman kalau ada yang salah dengan kebiasaan makan saya				
9.	Saya memiliki teman dengan siapa saya dapat berbagi kegembiraan dan kesedihan saya				
10.	Ada teman dalam hidup saya yang peduli				

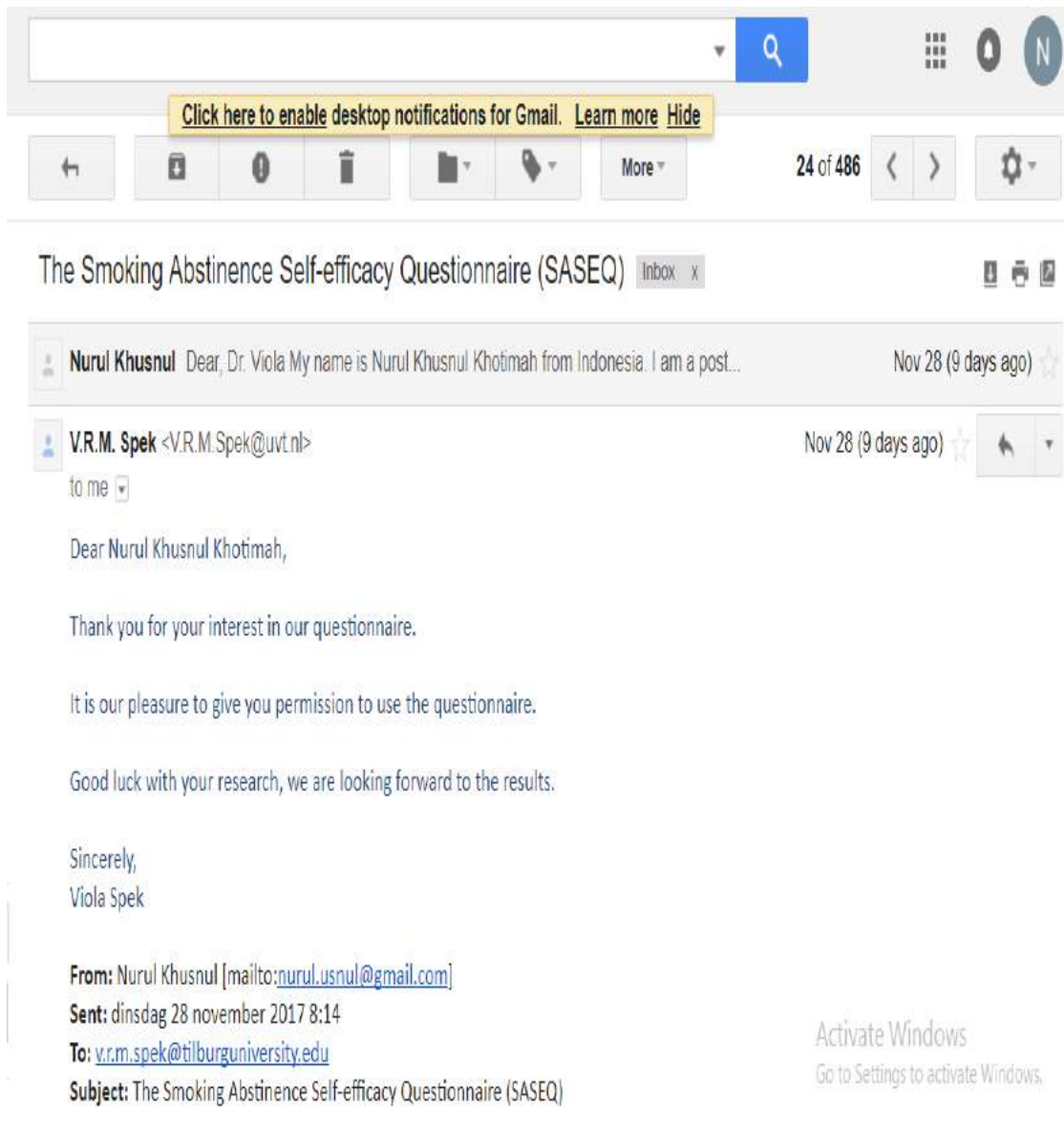
	dengan perasaan saya				
11.	Teman-teman saya sangat membantu saya dalam hal tidak mengajak merokok/ tidak memberi makanan tinggi lemak dan tinggi garam/ mengajak berolahraga.				
12.	Saya memiliki setidaknya satu petugas layanan kesehatan yang peduli dengan kondisi kesehatan saya dalam hal ini peduli agar menjaga gaya hidup sehat				
13.	Saya memiliki setidaknya satu petugas layanan kesehatan yang selalu memberikan informasi mengenai kesehatan saya (informasi mengenai pola makan yang sehat, aktifitas, dan merokok)				
14.	Saya memiliki setidaknya satu petugas layanan kesehatan yang saya butuhkan dalam membuat keputusan dalam hal membuat untuk memilih pola makan yang sehat, aktifitas/olahraga yang baik, dan tidak merokok.				
15.	Saya bisa mengandalkan setidaknya satu petugas kesehatan yang bisa membantu saya untuk menjaga dalam kesehatan saya (menjaga pola makan, aktifitas rutin, dan tidak merokok)				

Sumber: *Multidimensional scale of perceived social support (Zimet 2005)*

LAMPIRAN 4 f**KEPATUHAN GAYA HIDUP SEHAT**

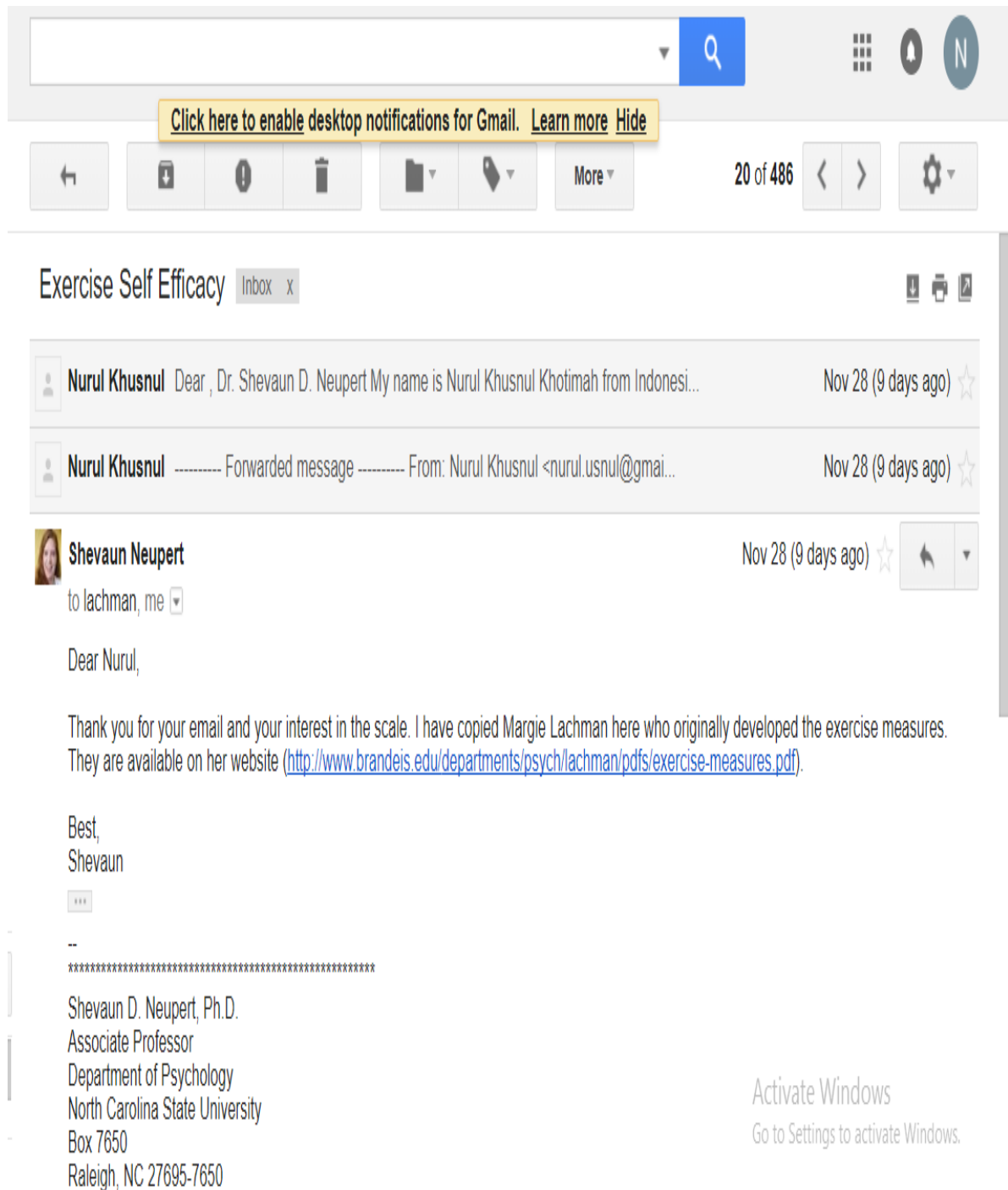
No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Saya mengkonsumsi sayuran atau buah kurang dari 5 kali dalam 1 hari		
2.	Saya mengkonsumsi makanan yang manis lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
3.	Saya mengkonsumsi makanan yang asin lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
4.	Saya mengkonsumsi makanan berlemak lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
5.	Saya mengkonsumsi makanan yang dibakar lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
6.	Saya mengkonsumsi makanan yang diawetkan lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
7.	Saya mengkonsumsi makanan yang mengandung penyedap lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
8.	Saya mengkonsumsi mie instan lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
9.	Saya mengkonsumsi mie basah lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
10.	Saya mengkonsumsi roti lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
11.	Saya mengkonsumsi biscuit lebih dari ≥ 1 kali dalam 1 hari		
12.	Saya beraktifitas kurang dari 3 kali dalam 1 minggu		
13.	Saya menghabiskan kurang dari 10 menit tiap kali beraktifitas		
14.	Saya merokok		
15.	Saya merokok ≥ 11 batang/hari		

Sumber: Riskesdas 2013

LAMPIRAN 5 a**BUKTI PERIZINAN KUESIONER****1. Self Efikasi****Self efikasi merokok**

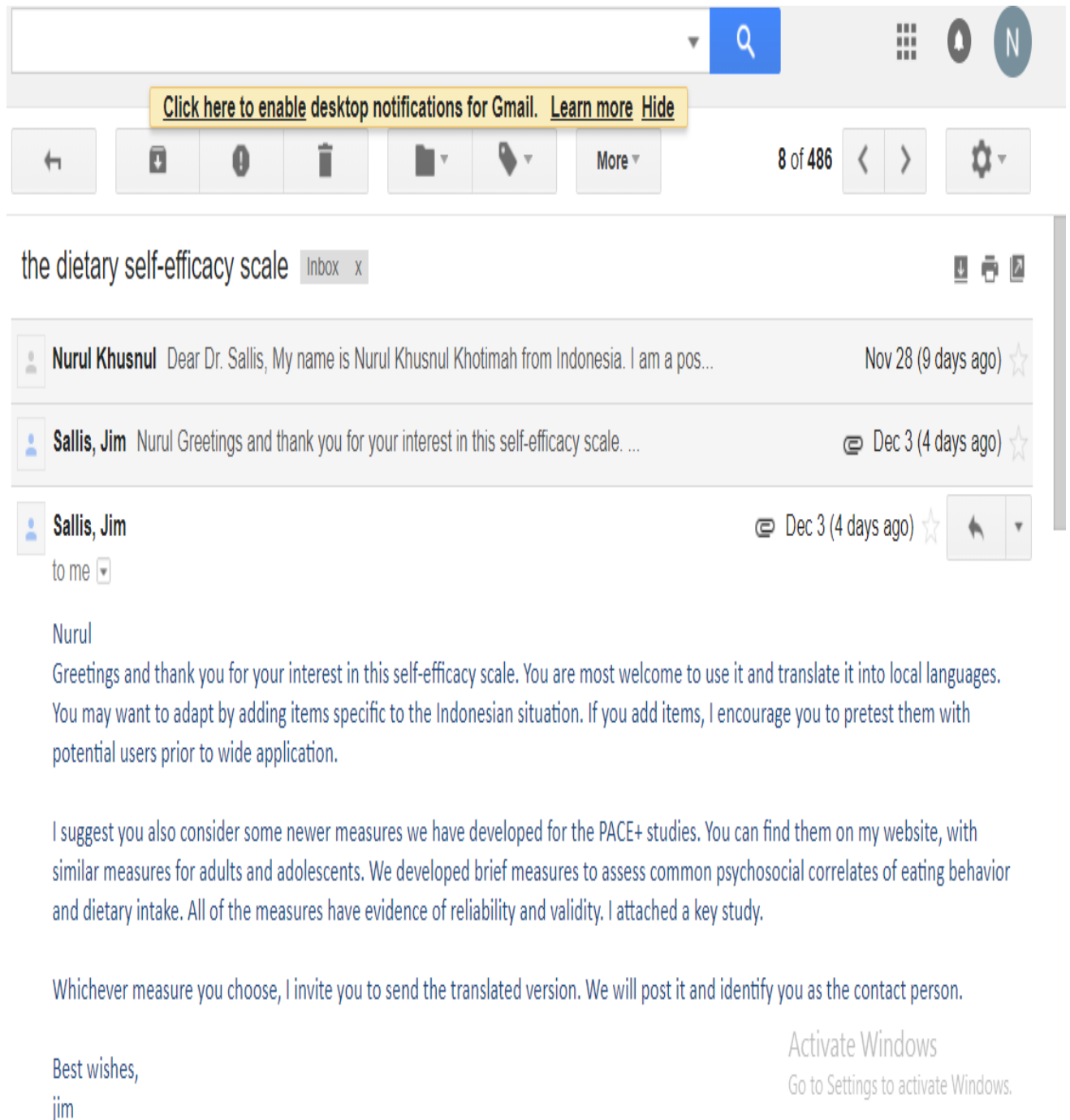
LAMPIRAN 5 a

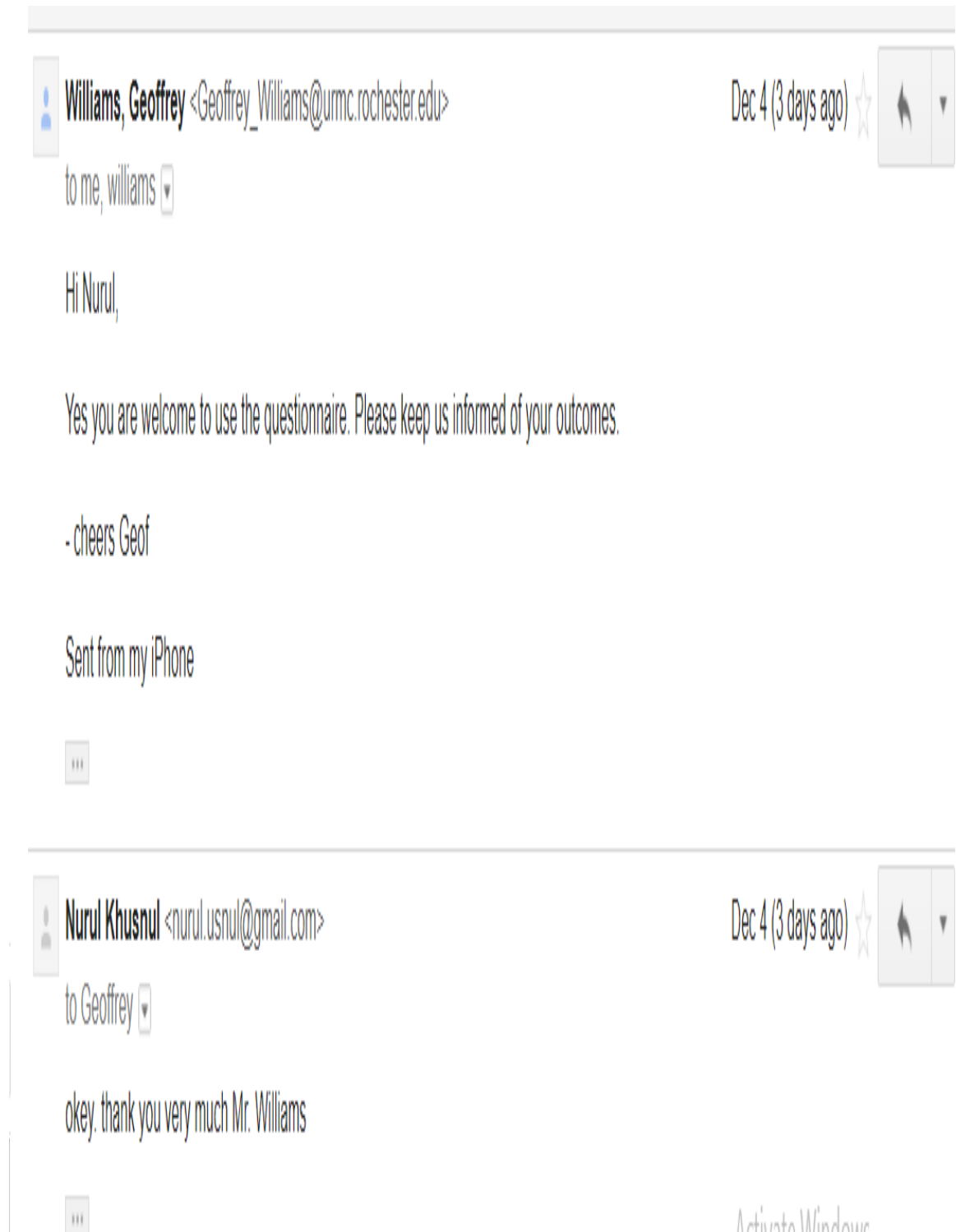
Self efikasi aktifitas



LAMPIRAN 5 b


Self efikasi pola makan



LAMPIRAN 5 c**Self regulasi**

LAMPIRAN 5 d**Dukungan social, keluarga dan dukungan petugas kesehatan**Multidimensional Scale of Perceived Social Support Inbox x

 **Nurul Khusnul** Dear , Dr. Zimet My name is Nurul Khusnul Khotimah from Indonesia. I am a pos... Nov 28 (9 days ago) ☆

 **Zimet, Gregory D** Nov 28 (9 days ago) ☆  
to me 

Dear Nurul Khusnul Khotimah,

You have my permission to translate and use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original English language version of the scale (with scoring information on the 2nd page), a document listing several of the articles that have reported on the reliability and validity of the MSPSS, and a chapter that I wrote about the scale.

Also attached is a Bahasa translation, which you may find helpful. The translation was provided to me by Ns. Karina Megasari Winahyu, MNS (karinawinahyu@yahoo.com).

I hope your research goes well.

Best regards,
Greg Zimet

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

LAMPIRAN 6**HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS INSTRUMEN****1 MOTIVASI**

		Itemtot
Item1	Pearson Correlation	.805**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item2	Pearson Correlation	.856**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item3	Pearson Correlation	.967**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item4	Pearson Correlation	.956**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item5	Pearson Correlation	.985**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item6	Pearson Correlation	.992**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item7	Pearson Correlation	.981**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item8	Pearson Correlation	.992**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item9	Pearson Correlation	.981**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item10	Pearson Correlation	.956**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item11	Pearson Correlation	.931**
	Sig. (2-tailed)	.000

	N	20
item12	Pearson Correlation	.992**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item13	Pearson Correlation	.980**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item14	Pearson Correlation	.980**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Itemtot	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20

LAMPIRAN 6 a**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	72.8500	1140.450	.793	.772
Item2	72.9000	1137.674	.847	.771
Item3	73.2000	1117.537	.964	.766
Item4	73.1000	1128.095	.953	.769
Item5	73.1500	1116.450	.984	.766
Item6	73.2000	1112.589	.992	.765
Item7	73.1500	1116.871	.979	.766
item8	73.2000	1112.589	.992	.765
item9	73.3500	1112.661	.980	.765
item10	73.4000	1112.568	.952	.765
item11	73.4500	1112.682	.926	.765
item12	73.2000	1112.589	.992	.765
item13	73.2500	1115.882	.978	.766
item14	73.2500	1115.882	.978	.766
Itemtot	37.9500	300.787	1.000	.992

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.783	.993	15

LAMPIRAN 6 b**2 PERSEPSI**

		itemTOT
Item1	Pearson Correlation	.534 [*]
	Sig. (2-tailed)	.015
	N	20
Item2	Pearson Correlation	.919 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item3	Pearson Correlation	.478 [*]
	Sig. (2-tailed)	.033
	N	20
Item4	Pearson Correlation	.610 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.004
	N	20
Item5	Pearson Correlation	.645 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	20
Item6	Pearson Correlation	.872 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item7	Pearson Correlation	.697 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
item8	Pearson Correlation	.881 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item9	Pearson Correlation	.935 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
itemTOT	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20

LAMPIRAN 6 c**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	36.9000	155.042	.465	.760
Item2	36.9000	150.200	.908	.744
Item3	36.7000	157.589	.460	.765
Item4	36.4000	154.358	.555	.757
Item5	37.1500	155.082	.600	.757
Item6	36.7500	143.882	.847	.733
Item7	36.9000	156.200	.664	.757
item8	36.9000	151.042	.865	.746
item9	36.9000	144.937	.923	.733
itemTOT	19.5000	42.474	1.000	.882

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.773	.918	10

LAMPIRAN 6 d**3. SELF EFIIKASI**

		itemTOT
Item1	Pearson Correlation	.980**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item2	Pearson Correlation	.689**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
Item3	Pearson Correlation	.965**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item4	Pearson Correlation	.980**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item5	Pearson Correlation	.730**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item6	Pearson Correlation	.980**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item7	Pearson Correlation	.626**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	20
item8	Pearson Correlation	.732**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item9	Pearson Correlation	.968**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item10	Pearson Correlation	.958**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
itemTOT	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20

LAMPIRAN 6 e**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	56.4000	250.568	.978	.760
Item2	56.0000	260.421	.655	.774
Item3	56.4500	249.103	.961	.759
Item4	56.4000	250.568	.978	.760
Item5	55.8500	260.661	.702	.773
Item6	56.4000	250.568	.978	.760
Item7	56.3000	265.484	.594	.779
item8	55.9500	263.945	.710	.777
item9	56.3500	251.503	.964	.762
item10	56.3000	250.853	.952	.761
itemTOT	29.6000	70.674	1.000	.963

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.788	.969	11

LAMPIRAN 6 f**4. SELF REGULASI**

		itemTOT
Item1	Pearson Correlation	.980**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item2	Pearson Correlation	.689**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
Item3	Pearson Correlation	.965**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item4	Pearson Correlation	.980**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item5	Pearson Correlation	.730**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item6	Pearson Correlation	.980**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item7	Pearson Correlation	.626**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	20
item8	Pearson Correlation	.732**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item9	Pearson Correlation	.968**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item10	Pearson Correlation	.958**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
itemTOT	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20

LAMPIRAN 6 g**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	64.2000	261.011	.961	.836
Item2	64.2000	261.011	.961	.836
Item3	64.2000	261.011	.961	.836
Item4	64.2500	262.618	.947	.837
Item5	64.2500	263.039	.935	.838
Item6	64.0500	262.155	.923	.837
Item7	63.9000	276.621	.702	.849
item8	63.9500	269.313	.826	.843
item9	63.8500	267.713	.834	.842
item10	64.1000	269.358	.697	.845
itemTOT	28.0500	114.997	.858	.977

LAMPIRAN 6 h**5. DUKUNGAN PETUGAS KESEHATAN, DUKUNGAN KELUARGA,
DUKUNGAN TEMAN**

		itemTOT
Item1	Pearson Correlation	.676**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
Item2	Pearson Correlation	.676**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
Item3	Pearson Correlation	.676**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
Item4	Pearson Correlation	.676**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
Item5	Pearson Correlation	.676**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
Item6	Pearson Correlation	.676**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
Item7	Pearson Correlation	.655**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	20
item8	Pearson Correlation	.676**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
item9	Pearson Correlation	.844**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item10	Pearson Correlation	.844**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item11	Pearson Correlation	.844**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item12	Pearson Correlation	.814**

	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item13	Pearson Correlation	.797**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item14	Pearson Correlation	.797**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item15	Pearson Correlation	.797**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
itemTOT	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20

LAMPIRAN 6 i**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	75.6500	573.608	.657	.760
Item2	75.6500	573.608	.657	.760
Item3	75.6500	573.608	.657	.760
Item4	75.6500	573.608	.657	.760
Item5	75.6500	573.608	.657	.760
Item6	75.6500	573.608	.657	.760
Item7	75.7500	573.882	.639	.761
item8	75.6500	573.608	.657	.760
item9	75.0500	553.103	.829	.750
item10	75.0500	553.103	.829	.750
item11	75.0500	553.103	.829	.750
item12	75.0000	557.158	.795	.753
item13	75.1500	550.345	.778	.750
item14	75.1500	550.345	.778	.750
item15	75.1500	550.345	.778	.750
itemTOT	38.8000	152.063	.999	.945

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.770	.956	16

LAMPIRAN 6 j**6. KEPATUHAN GAYA HIDUP SEHAT**

		ItemTOT
Item1	Pearson Correlation	.814**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item2	Pearson Correlation	.946**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item3	Pearson Correlation	.793**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item4	Pearson Correlation	.863**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item5	Pearson Correlation	.711**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item6	Pearson Correlation	.729**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item7	Pearson Correlation	.777**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item8	Pearson Correlation	.814**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item9	Pearson Correlation	.620**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	20
item10	Pearson Correlation	.817**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item11	Pearson Correlation	.751**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item12	Pearson Correlation	.817**
	Sig. (2-tailed)	.000

	N	20
item13	Pearson Correlation	.666**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
item14	Pearson Correlation	.666**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
item15	Pearson Correlation	.863**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
itemTOT	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20

LAMPIRAN 6 k**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	37.8095	109.162	.800	.755
Item2	37.7143	107.014	.941	.749
Item3	37.8095	109.362	.777	.756
Item4	37.6190	107.448	.851	.751
Item5	37.8571	110.629	.692	.759
Item6	37.8095	109.962	.710	.758
Item7	37.7619	109.090	.759	.755
item8	37.8095	109.162	.800	.755
item9	37.7143	110.414	.591	.759
item10	37.7619	108.690	.802	.754
item11	37.8095	109.762	.732	.757
item12	37.7619	108.690	.802	.754
item13	37.6667	109.733	.639	.758
item14	37.6667	109.733	.639	.758
item15	37.6190	107.448	.851	.751
itemTOT	19.5238	29.162	1.000	.953

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.770	.960	16

LAMPIRAN 7

*Frequency Table dan Cross Tabulasi***TABEL DISTRIBUSI FREKUENSI****Usia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36-45	54	22.6	22.6	22.6
	46-55	102	42.7	42.7	65.3
	56-65	83	34.7	34.7	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	153	64.0	64.0	64.0
	Laki-laki	86	36.0	36.0	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pendidikan dasar	105	43.9	43.9	33.9
	Pendidikan menengah	129	54.0	54.0	97.9
	Pendidikan tinggi	5	2.1	2.1	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

IMT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurus	4	1.7	1.7	1.7
	Normal	101	42.3	42.3	43.9
	Gemuk	29	12.1	12.1	56.1
	Sangat gemuk	105	43.9	43.9	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Petani	59	24.7	24.7	24.7
	IRT	119	49.8	49.8	74.5
	Swasta	46	19.2	19.2	93.7
	PNS	15	6.3	6.3	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	110	46.0	46.0	46.0
	Cukup	98	41.0	41.0	87.0
	Lebih	31	13.0	13.0	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Jumlah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Parietastinggi	193	80.8	80.8	80.8
	Parietas rendah	46	19.2	19.2	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Riwayat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	180	75.3	75.3	75.3
	Ada	59	24.7	24.7	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Motivasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	29	12.1	12.1	12.1
	Sedang	147	61.5	61.5	73.6
	Rendah	63	26.4	26.4	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Persepsi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	217	90.8	90.8	90.8
	Negatif	22	9.2	9.2	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Self_efikasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	38	15.9	15.9	15.9
	Sedang	149	62.3	62.3	78.2
	Rendah	52	21.8	21.8	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Self_regulasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	28	11.7	11.7	11.7
	Sedang	159	66.5	66.5	78.2
	Rendah	52	21.8	21.8	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	110	46.0	46.0	46.0
	Sedang	116	48.5	48.5	94.6
	Rendah	13	5.4	5.4	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Dukungan Teman					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	25	10.5	10.5	10.5
	Sedang	154	64.4	64.4	74.9
	Rendah	60	25.1	25.1	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Dukungan Petugas kesehatan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	11	4.6	4.6	4.6
	Sedang	172	72.0	72.0	76.6
	Rendah	56	23.4	23.4	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

Kepatuhan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	21	8.8	8.8	8.8
	Kurang patuh	171	71.5	71.5	80.3
	Tidak patuh	47	19.7	19.7	100.0
	Total	239	100.0	100.0	

LAMPIRAN 8**UJI HOMOGENITAS****Test of Homogeneity of Variances**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
X2.2	1.341	2	237	.264
X1.1	.622	2	237	.538
X1.2	.816	2	237	.443
X1.3	1.419	2	237	.244
X1.4	1.424	2	237	.243
X1.5	.063	2	237	.939
X1.6	.694	2	237	.501
X1.7	12.144	2	237	.000
X1.8	.668	2	237	.514
X1.9	.897	2	237	.409
X1.10	.767	2	237	.466
X2.1	2.445	2	237	.089
X3.1	4.418	2	237	.013
X3.2	6.700	2	237	.001
X3.3	10.878	2	237	.000

Test of Homogeneity of Variances

Y1

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.811	2	237	.166

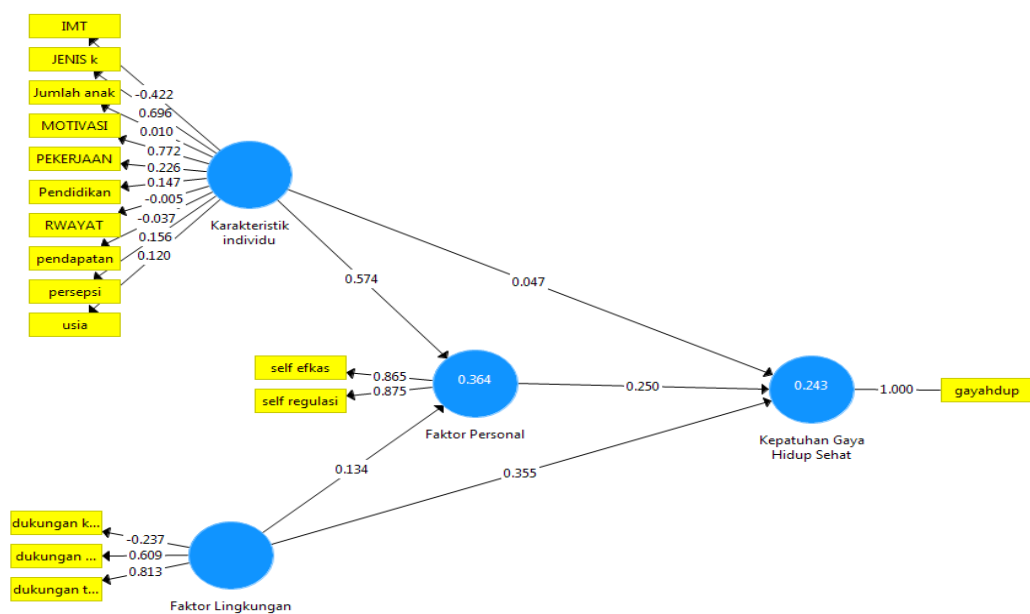
LAMPIRAN 9

HASIL PENGUJIAN PLS

1 HASIL UJI OUTOR LOADING TAHAP 1

Outer Loadings

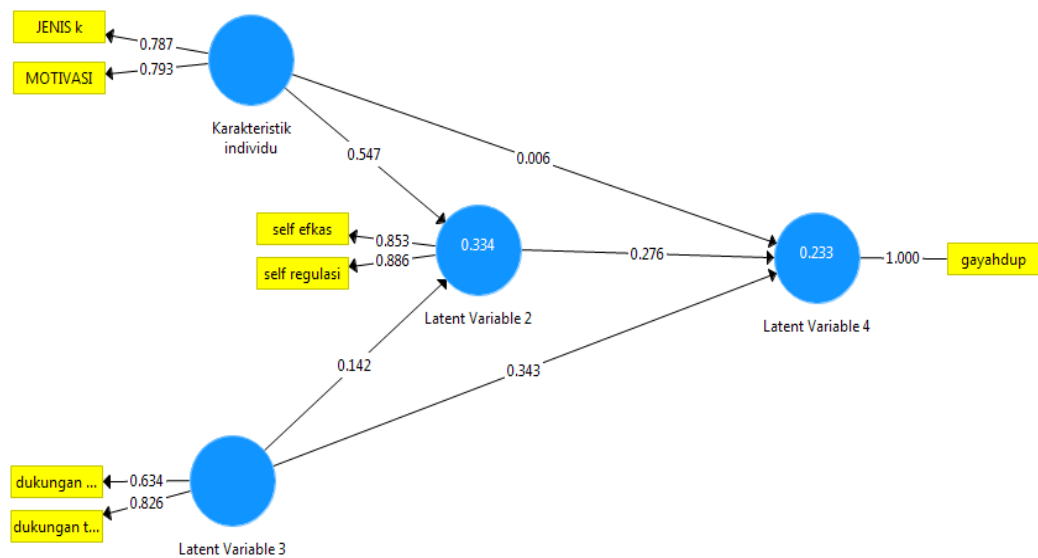
	Faktor Lingkungan	Faktor Personal	Karakteristik individu	Kepatuhan Gaya Hidup Sehat
IMT			-0,422	
JENIS k			0,696	
Jumlah anak			0,010	
MOTIVASI			0,772	
PEKERJAAN			0,226	
Pendidikan			0,147	
RWAYAT			-0,005	
dukungan keluarga	-0,237			
dukungan petugas kes	0,609			
dukungan teman	0,813			
Gayahdup				1,000
Pendapatan			-0,037	
Persepsi			0,156	
self efkas		0,865		
self regulasi		0,875		
Usia			0,120	



LAMPIRAN 9 a

2.. HASIL UJI OUTOR LOADING TAHAP 2

	Karakteristik individu	Faktor Personal	Faktor Lingkungan	Kepatuhan gaya hidup
JENIS k	0,787			
MOTIVASI	0,793			
dukungan petugas kes			0,634	
dukungan teman			0,826	
Gayahdup				1,000
self efkas		0,853		
self regulasi		0,886		

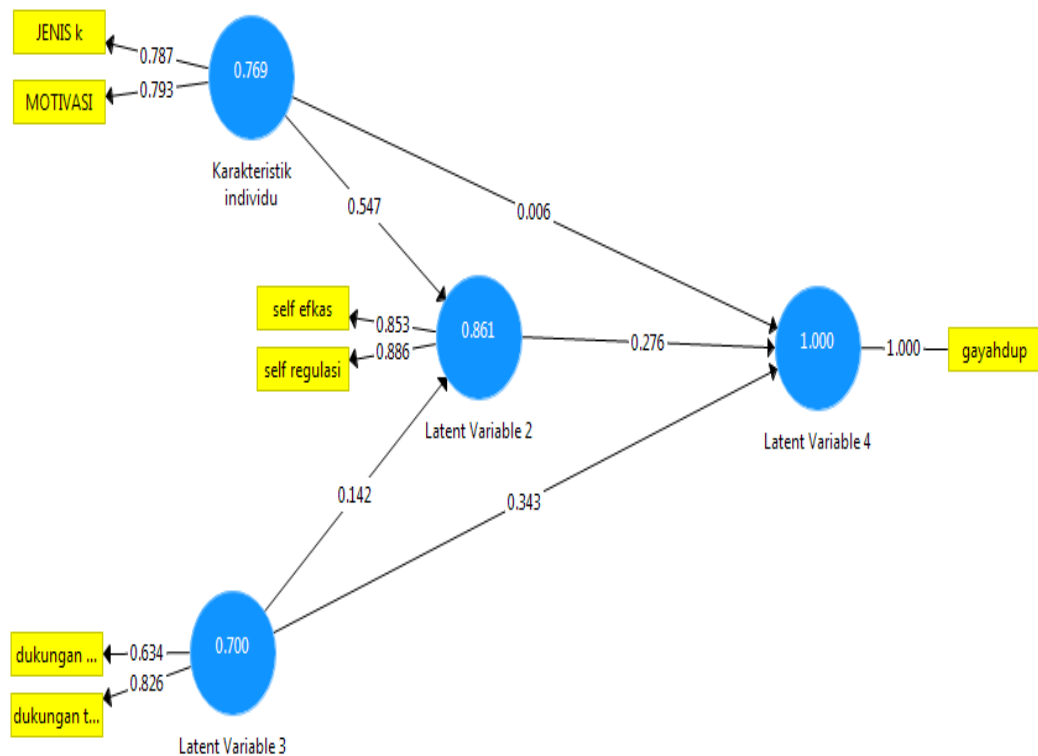


LAMPIRAN 9 b

3. HASIL UJI RELIABILITAS

Construct Reliability and Validity

	Cronbach's Alpha	rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted (AVE)
Karakteristik individu	0,769	0,698	0,769	0,624
Faktor personal	0,861	0,686	0,861	0,757
Faktor Lingkungan	0,701	0,171	0,701	0,542
Latent Variable Kepatuhan gaya hidup sehat	1,000	1,000	1,000	1,000



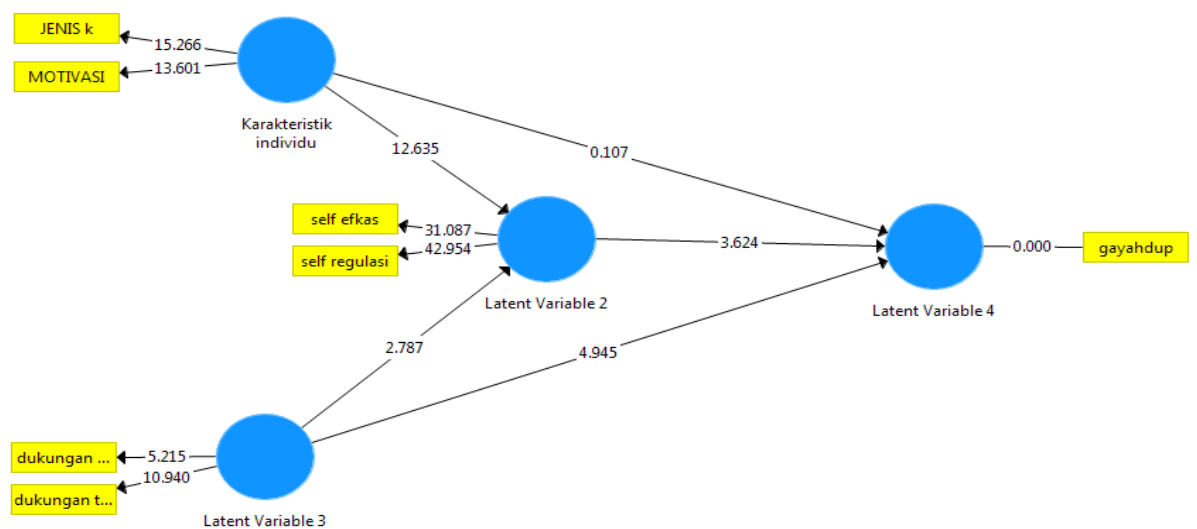
LAMPIRAN 9 c

4. Uji Model

Path Coefficients

Mean, STDEV, T-Values, P-Values

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
Karakteristik individu -> Faktor personal	0,547	0,552	0,043	12,635	0,000
Karakteristik individu -> Kepatuhan gaya hidup sehat	0,006	0,009	0,058	0,107	0,915
Faktor personal-> Kepatuhan	0,276	0,278	0,076	3,624	0,000
Faktor lingkungan-> Faktor personal	0,142	0,142	0,051	2,787	0,006
Faktor lingkungan -> Kepatuhan gaya hidup sehat	0,343	0,344	0,069	4,945	0,000


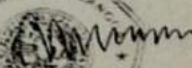




LAMPIRAN 9 d

Variabel	R square
Karakteristik individu	0.285
Faktor personal	0,050
Faktor lingkungan	0,538
Kepatuhan gaya hidup sehat	0,445

LAMPIRAN 10

SURAT UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://www.ners.unair.ac.id e-mail: dekan_ners@fkip.unair.ac.id	
Nomor : 037 /UN3.1.13/PPd/S2/2018 Lampiran : - Perihal : Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas		12 Januari 2018
Kepada Yth. Kepala Puskesmas Bolo Kabupaten Bima NTB		
Sehubungan dengan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu berkenan memberikan ijin untuk uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian kepada mahasiswa kami di bawah ini sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.		
Nama : Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep., Ns. NIM : 131614153079 Judul Proposal : Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi dengan Pendekatan Model <i>Social Cognitive Theory</i> di Wilayah Kerja Kota Bima		
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih		
		a.n. Dekan, Wakil Dekan I  Dr. Kusanto, S.Kp., M.Kes. NIP. 196808291989031002

 **DINAS KESEHATAN KABUPATEN BIMA**
UPT PUSKESMAS BOLO
Jln. Kesehatan Rato – Sila, Tlp. 0374 - 51147 

15 Januari 2018

Nomor : 024/01.2.16/II/2018
Lampiran : -
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Surabaya

Menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor : 037/UN3.1.13/PPd/S2/2018, tanggal 12 Januari 2018, perihal : permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas dengan ini memberikan ijin kepada :

Nama : Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep, Ns
NIM : 131614153079
Judul Proposal : Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi dengan Pendekatan *Model Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Kabupaten Bima


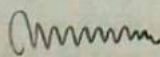
Untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian di Puskesmas Bolo dalam rangka pelaksanaan penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Demikian ijin uji validitas dan reliabilitas ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.


Kepala UPT Puskesmas Bolo
NURJANAH, S.Kep
NIP. 19770515 200003 2 005


LAMPIRAN 11

SURAT IJIN PENELITIAN

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://www.ners.unair.ac.id e-mail: dekan_ners@fkip.unair.ac.id	
Nomor	: 021 /UN3.1.13/PPd/S2/2018	22 Januari 2018
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair	
Kepada Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bima NTB		
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.		
Nama	: Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614153079	
Judul Proposal	: Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi Berbasis <i>Social Cognitive Theory</i> di Wilayah Kerja Kota Bima	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
a.n Dekan, Wakil Dekan I		
		
Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. NIP. 196808291989031002		
Tembusan: - Seluruh Puskesmas Wilayah Kerja Kota Bima		

LAMPIRAN 12

SURAT SELESAI PENGAMBILAN DATA


PEMERINTAH KOTA BIMA
DINAS KESEHATAN
Jl Soekarno Hatta No 66. Raba-Bima. Tlp. (0374) 646044

Kota Bima, 20 Maret 2018

Nomor : 800/ 367/Dikes/III/2018
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Surat Keterangan Telah Menyelesaikan Penelitian

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Di -
Tempat


Sehubungan dengan surat Dikes Kota Bima Nomor : 800/165/Dikes/II/2018 Tanggal 6 Februari 2018 Perihal: Penerimaan Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan-FKp Unair, Dengan ini kami menyatakan bahwa Mahasiswa dibawah ini:



Nama : Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep., Ns
Nim : 131614153079
Judul Proposal : Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi Berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Kota Bima

Teleh menyelesaikan pengumpulan data untuk keperluan penelitian di Lingkup Puskesmas yang ada di Wilayah Kota Bima.

Demikian yang dapat kami sampaikan, semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kota Bima, 20 Maret 2018
An Kepala Dinas Kesehatan
Ahmad, S.Sos
NIP. 19680614 198803 1 002



 **PEMERINTAH KOTA BIMA**
DINAS KESEHATAN
UPT. PUSKESMAS ASAKOTA
Jl. Datuk Dibanta Kelurahan Jatiwangi Kecamatan Asakota Kota Bima 

Kota Bima, 15 Maret 2018

Nomor : 870/061 /PKM-AS/III/2018
Lampiran : -
Perihal : Surat keterangan telah selesai penelitian

Kepada
Yth. Rektor Universitas Airlangga Surabaya
di-
Surabaya

Dengan Hormat,


Bersama ini saya memberitahukan bahwa:

Nama : Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep.,Ns.
Nim : 131614153079
Judul Penelitian : Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi dengan Pendekatan Model Berbasis social cognitive theory di Wilayah Puskesmas Kota Bima

Telah selesai melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Asakota Kota Bima sejak tanggal 01 Februari 2018 sampai dengan tanggal 07 Maret 2018. Selama melaksanakan penelitian mahasiswi tersebut menggunakan sarana dan prasarana yang ada dengan tetap menjaga etik dan kode etik profesi serta mematuhi tata tertib yang berlaku.


Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,
Kepala UPT Puskesmas Asakota


H. M. Natsir
Nip. 19760711 200501 1 008

Tembusan, disampaikan dengan hormat kepada ;

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bima
2. Yang bersangkutan
3. Arsip



PEMERINTAH KOTA BIMA

DINAS KESEHATAN KOTA BIMA

UPT PUSKESMAS MPUNDA

Jln. Gatot Subroto No.15 Kel. Lewirato Kec. Mpunda Telp. : 6283203185639

Email : puskesmasmpundat@yahoo.com

Bima, 1 Januari 2018

Nomor	445/021/PKM/1/2018	Kepada	
Lampiran	-	Yth. Rektor Univ. Airlangga Surabaya	
Perihal	<u>Surat Permohonan Melaksanakan Penelitian</u>	di	Tempat

Dengan Hormat

Berdasarkan surat yang kami terima dari Dinas Kesehatan Kota Bima dengan nomor 800/165/Dikes/II/2018 tanggal 14 Februari 2018, perihal permohonan Pengambilan Data/Penelitian, Atas nama :

Nama : **Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep.,Ns**

Nim : 1316141533079

Program Studi : S.Kep.,Ns

Judul Penelitian : Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat pada Pasien Hipertensi Berbasis Sosial Cognitive Theory di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima

Lokasi Penelitian : Wilayah Kerja Upt.Puskesmas Mpunda Kota Bima

Dengan ini kami tidak keberatan atas nama diatas melakukan penelitian pada Puskesmas Mpunda terhitung mulai Tanggal 01 Januari s/d 07 Maret 2017.


Demikian surat ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya

Mengetahui


Kepala UPT Puskesmas Mpunda

Nurrahman, A.Md.Keb

NIP. 19661231 198603 2 0087



PEMERINTAH KOTA BIMA
DINAS KESEHATAN KOTA BIMA
UPT. PUSKESMAS PARUGA
Jl. Pahlawan No. 7 Dara – Kota Bima



Nomor : 445/093/PKM-RB/III/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Surat keterangan telah selesai melakukan Penelitian.

Kepada :
 Yth. Rektor Universitas Airlangga Surabaya
 di-
Surabaya


Dengan hormat,
 Bersama ini saya memberitahukan bahwa:


No	Nama Mahasiswa	Nomor Induk Mahasiswa	Judul Penelitian
1.	Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep.,Ns	131614153079	Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pada Pasien Hipertensi Berbasis Social Cognitive Theory Di Wilayah Puskesmas Kota Bima



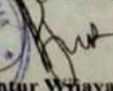
Tempat Penelitian : Upt. Puskesmas Paruga Kota Bima


Telah selesai melakukan penelitian/pengumpulan data di wilayah Puskesmas Paruga Kota Bima Tanggal 01 Februari 2018 s/d 01 Maret 2018 dengan baik. Selama melaksanakan pengambilan data dan penelitian mahasiswa tersebut menggunakan sarana dan prasarana yang ada dengan tetap menjaga etik dan kode etik profesi serta mematuhi tata tertib yang berlaku.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagai mana mestinya.


Bima, 16 Maret 2018
 Kepala UPT. Puskesmas Paruga

dr. H. Fathurrahman
 Nip. 19770319 200501 1 007



	<p>PEMERINTAH KOTA BIMA DINAS KESEHATAN UPT PUSKESMAS PENANAE <i>Jl. Gajah Mada No. Phone (0374) 646814 Kota Bima</i> <i>Email : puskesmas.Penanae@yahoo.com</i></p>	
Raba-Bima, 17 Februari 2018		
Nomor Lampiran Perihal	: 445/ 14 /PKM.PN/II/2018 : 1 (satu) lembar : <u>Telah menyelesaikan penelitian</u>	Kepada Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bima di - Tempat
<p>Dengan hormat,</p> <p>Menindaklanjuti surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Bima Nomor : 800/165/DIKES/II/2018 Tanggal 6 Februari 2018 perihal penerimaan mahasiswa untuk melakukan penelitian, dengan ini kami menerangkan bahwa :</p> <p>Nama : Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep,Ns</p> <p>NIM : 131614153079</p> <p>Judul Proposal : Model peningkatan kepatuhan gaya hidup sehat pada pasien Hipertensi berbasis Social ognif Theory di wilayah kerja UPT. Puskesmas Penanae</p> <p>Telah selesai melakukan penelitian di wilayah kerja UPT. Puskesmas Penanae.</p> <p>Demikian surat ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya kami sampaikan terimakasih.</p>		
<p>An: Kepala UPT. Puskesmas Penanae, Kepala Sub. Bag. Tata Usaha</p> <div style="text-align: center;">  Raden Gungur Wijaya, SKM NIP. 19690519 199203 1 009 </div>		



PEMERINTAH KOTA BIMA
UPT. PUSKESMAS RASANA E TIMUR
Jl. Lintas Bima-Sape, Kel. Kodo, Kec. Rasanae Timur, Kota Bima



Kodo, 23 Februari 2018

Nomor : 445/ 056 /II/ PKM-RT/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Penelitian

Yth.
 Kepala Dinas Kesehatan Kota Bima
 di
 Tempat


Berdasarkan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan FKP Unair, dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswi atas nama:

Nama : Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep., Ns
 NIM : 13164153079
 Judul : Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pada Pasien Hipertensi Berbasis *Social Cognitive Theory* di Wilayah Kerja Kota Bima

Telah selesai melakukan pengambilan data penelitian yang dimaksud di wilayah UPT. Puskesmas RasanaE Timur Kota Bima.

Demikian surat ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya kami sampaikan terimakasih.

Kepala Subbag. Tata Usaha
 UPT. Puskesmas
 RasanaE Timur


Busdary S. KM
 19711226-199203 1 007

LAMPIRAN 13

SURAT IJIN ETIK



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"
 No : 656-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"MODEL PENINGKATAN KEPATUHAN GAYA HIDUP SEHAT PADA PASIEN HIPERTENSI BERBASIS SOCIAL COGNITIVE THEORY"

<u>Peneliti utama</u>	: Nurul Khusnul Khotimah
<u>Principal Investigator</u>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<u>Name of the Institution</u>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Puskesmas Wilayah Kerja Kota Bima
<u>Setting of research</u>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.


 Surabaya, 20 Februari 2018
 Ketua. (CHAIRMAN)
Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP.19630608 1991 03 1002